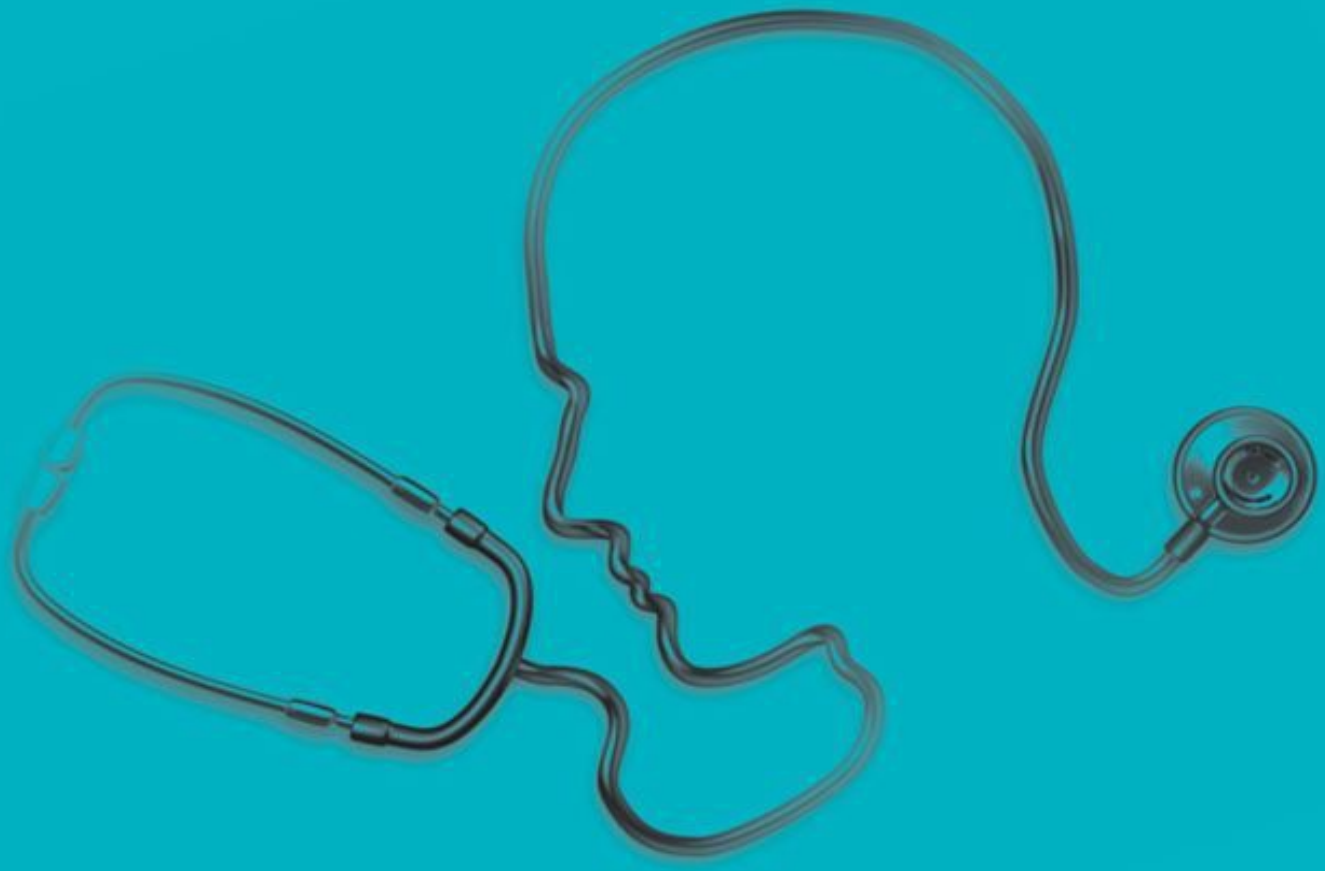
Sergio Guzmán Lozano (coord.)



Manual práctico de salud mental

en Terapia Ocupacional

EDITORIAL SINTESIS

Manual práctico de salud mental en terapia ocupacional

PROYECTO EDITORIAL
TERAPIA OCUPACIONAL

Serie
MANUALES

Coordinador:
Pedro Moruno Miralles

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Manual práctico de salud mental en terapia ocupacional

Sergio Guzmán Lozano (coord.)
Carmen Moratinos de Pablo
Ana Abad Fernández
Aitor Piñeiro Gago
María Isabel Rodríguez Montes

EDITORIAL SINTESIS

Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Sergio Guzmán Lozano
Carmen Moratinos de Pablo
Ana Abad Fernández
Aitor Piñeiro Gago
María Isabel Rodríguez Montes

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
http://www.sintesis.com

ISBN: 978-84-907781-2-8

Índice

Prólogo

Introducción

PARTE I
TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL:
ASPECTOS FUNDAMENTALES

1. ***El contexto de la terapia ocupacional en España***
   - 1.1. Los cambios socioculturales de nuestra sociedad
     - 1.1.1. La evolución del paradigma social en salud mental
     - 1.1.2. La sociedad actual
   - 1.2. La institucionalización y desinstitucionalización en salud mental
     - 1.2.1. La historia de la institucionalización
     - 1.2.2. El proceso de la desinstitucionalización
   - 1.3. Los modelos sanitarios y sociales de atención en salud mental
     - 1.3.1. Las organizaciones, las instituciones y los servicios
   - 1.4. Los modelos de intervención en salud mental
     - 1.4.1. El modelo de vulnerabilidad
     - 1.4.2. El modelo de funcionamiento global
     - 1.4.3. El modelo de calidad de vida
     - 1.4.4. El modelo de rehabilitación psicosocial

2. ***Los ámbitos de la intervención: rehabilitación, integración e inclusión***

2.1. La rehabilitación en salud mental
2.2. La integración frente a la inclusión
2.3. Los procesos de inclusión
2.3.1. Desde la comunidad
2.3.2. Desde la persona, como motor de cambio y facilitación hacia los procesos de inclusión
2.3.3. Desafío desde el yo
2.3.4. Desafío desde la ocupación
2.3.5. Desafío desde la comunidad
2.4. La inclusión desde terapia ocupacional
2.4.1. El papel del terapeuta como agente de cambio social
2.4.2. Persona frente al terapeuta ocupacional
2.4.3. El terapeuta ocupacional en lo social
2.5. Iniciativas de cambio social impulsadas por terapeutas ocupacionales
2.5.1. El agente de cambio, previa parada
2.5.2. El agente de cambio y la comunidad inclusiva
2.5.3. Desafíos de futuro

3. ***La misión y la visión de la terapia ocupacional en salud mental***
3.1. La misión de la terapia ocupacional
3.1.1. La misión de los servicios
3.2. La visión de la terapia ocupacional
3.2.1. La importancia de la visión en la práctica cotidiana
3.3. Aportación de los modelos de terapia ocupacional a la misión y a la visión
3.4. Principios para construir la visión
3.5. La persona en los procesos de terapia ocupacional
3.5.1. Conocer a las personas
3.5.2. Las relaciones de poder
3.5.3. Equilibrar la balanza, acercar posturas
3.5.4. Lo esperable: la resistencia al cambio

4. ***Los elementos fundamentales de la profesión en la práctica asistencial***
4.1. Conceptos claves

4.1.1. Análisis de actividad y ocupación
4.1.2. Actividad y participación
4.1.3. Necesidad y elección
4.1.4. Justicia, privación, alienación y apartheid ocupacional
4.1.5. Autodeterminación, empoderamiento y ciudadanía
4.2. Los principios generales de la intervención ocupacional
4.3. Los principios éticos
4.4. Los principios de calidad asistencial
4.4.1. La calidad en la salud mental
4.4.2. La calidad asistencial en terapia ocupacional
4.5. Los procesos de organización e intervención en terapia ocupacional
4.5.1. El proceso de intervención con poblaciones y contextos
4.5.2. El proceso de intervención individual

PARTE II
LA INTERVENCIÓN CON POBLACIONES Y CONTEXTOS:
EL PROCESO DE ORGANIZACIÓN

5. ***Elaboración de programas en terapia ocupacional***
5.1. El concepto de programa
5.2. La finalidad de los programas
5.3. Las consideraciones específicas de los programas
5.4. El proceso y las fases para elaborar los programas de intervención ocupacional en los diferentes contextos

6. ***El análisis de la realidad***
6.1. El origen de la propuesta: análisis de la demanda y la oferta
6.1.1. Ejemplos de demandas en la práctica
6.2. El análisis de la población: perfiles y necesidades ocupacionales
6.2.1. Los perfiles de la población a la que se va a atender
6.2.2. El concepto y los tipos de necesidades ocupacionales
6.2.3. El análisis de necesidades en la práctica cotidiana
6.2.4. Ejemplo práctico de los pasos para el análisis de necesidades

6.2.5. La visualización de las necesidades ocupacionales
6.3. Análisis de una población: ejemplo práctico
6.4. El análisis del ámbito de actuación: identificación del contexto y del entorno
6.5. El análisis de un contexto: ejemplo práctico

7. ***El diseño de programas en terapia ocupacional***
7.1. Tipos de programas
7.2. Perfil de un programa
7.3. Ejemplo de diseño del perfil de un programa en una experiencia práctica
7.4. La elaboración de la implementación cronológica y el sentido de continuidad
7.5. El diseño de los entornos como lugares de vida
7.6. Los programas "en" y "con" la comunidad
7.7. Ejemplo de un programa de impulso social: programa PCEA
7.7.1. ¿Qué es el proyecto PCEA?
7.7.2. Entidades que participan

8. ***La implementación de los programas***
8.1. Las habilidades para desarrollar el proceso de implementación
8.2. El proceso, la evaluación y las acciones de mejora de la implementación
8.3. El dinamismo de los programas de intervención ocupacional en la práctica
8.3.1. Los factores que provocan procesos estáticos o bloqueados
8.3.2. El dinamismo basado en la persona
8.3.3. El rol del terapeuta como facilitador de programas dinámicos
8.3.4. Los contextos de planificación y los programas con "vida"
8.4. La supervisión profesional en los procesos de implementación
8.4.1. ¿A quién va orientada la supervisión profesional?
8.5. La supervisión profesional desde terapia ocupacional
8.5.1. La supervisión profesional de los terapeutas ocupacionales
8.5.2. La supervisión profesional del terapeuta ocupacional a otros profesionales
8.5.3. Supervisión profesional compartida con otros profesionales

9. ***La evaluación de los programas***
9.1. Finalidad de la evaluación de programas de intervención ocupacional

9.2. La tipología de la evaluación de programas
9.3. ¿Qué evaluar en los programas de intervención ocupacional?
9.4. La evaluación de programas: ejemplo práctico
9.5. Evaluación de programas con indicadores
9.5.1. Consideraciones de la evaluación a través de indicadores
9.5.2. Cómo evaluar con indicadores en terapia ocupacional
9.6. Cómo evaluar programas a través de indicadores: ejemplo práctico

PARTE III
LA INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL
EN LOS PROCESOS INDIVIDUALES

10. ***El proceso de intervención individual con la persona y el entorno***
10.1. El proceso de intervención individual centrado en la práctica
10.2. La individualidad de la persona frente al proceso de intervención
10.3. La relación terapéutica como eje esencial del proceso individual
10.4. Habilidades que necesita el terapeuta en los procesos individuales
10.5. Consideraciones específicas del proceso de intervención
10.5.1. La selección de la perspectiva de la evaluación e intervención individual
10.5.2. Elementos para adecuar el proceso de intervención
10.6. El proceso de intervención individual: ejemplo práctico
10.6.1. Proceso de evaluación
10.6.2. Proceso de planificación
10.6.3. Proceso de intervención: una experiencia a través del arte

11. ***La evaluación de la persona y del entorno***
11.1. Evaluación de una situación individual: ejemplo práctico
11.2. La evaluación grupal: ejemplo práctico
11.3. Evaluación de las dimensiones ocupacionales
11.3.1. El proyecto de vida y la orientación ocupacional
11.3.2. El desempeño ocupacional
11.3.3. El bienestar ocupacional

11.3.4. El entorno físico y social
11.3.5. Los ambientes y los contextos
11.4. Los métodos, técnicas y estrategias de evaluación
11.4.1. Consideraciones prácticas para el proceso de evaluación

12. ***Síntesis del proceso de evaluación: ejemplos prácticos***
12.1. Perfil ocupacional basado en un modelo teórico
12.2. Perfil ocupacional diseñado e implementado en un contexto clínico
12.3. Informe de terapia ocupacional desde el ámbito sanitario al laboral
12.4. Informe de derivación de terapia ocupacional desde los servicios de hospitalización al entorno residencial
12.5. Informe de alta de terapia ocupacional desde el CRPS al centro de salud mental

13. ***La planificación e intervención individual***
13.1. El marco de los escenarios y la negociación
13.1.1. La negociación como base de la planificación en terapia ocupacional
13.2. Los criterios y la delimitación de la intervención
13.2.1. Etapa del compromiso de la persona y la familia para iniciar el proyecto terapéutico individual
13.2.2. La predisposición al cambio
13.2.3. La reconstrucción o la búsqueda de un nuevo camino en el proyecto de vida
13.2.4. Consolidación del proyecto vital
13.3. Negociar con la persona, la familia, el equipo y el contexto
13.3.1. Comprender los "momentos" de las personas
13.3.2. Aspectos básicos para negociar con las personas
13.3.3. Buscar estrategias para negociar con el contexto
13.4. Negociación de los programas individuales en grupo: ejemplo práctico
13.5. Aplicación de enfoques teóricos de terapia ocupacional en la práctica
13.5.1. Intervención a través del enfoque de grupos de desarrollo de A. C. Mosey
13.5.2. Grupo de orientación ocupacional a través del modelo multicontextual de J. P. Toglia

13.5.3. Adaptación de las demandas de la actividad a través del enfoque de discapacidad cognitiva de C. K. Allen

Bibliografía

Prólogo

Todas las funciones de la conciencia [...] surgen originalmente a partir de la acción

(Vygotski)

La función terapéutica de la ocupación cuenta con hondas raíces en nuestra tradición asistencial, concretamente en la asistencia psiquiátrica, previamente, incluso, al inicio de la psiquiatría como disciplina y como práctica médica. Disponemos, en efecto, de suficiente documentación y referencias bibliográficas que ubican en distintos lugares de España (Zaragoza, Valencia) algunas de las experiencias iniciales más atrevidas y más consistentes, en su momento, que dan cuenta de los beneficios de la ocupación en la recuperación de la psicosis y sus cronicidades.

Efectivamente, entre nuestra tradición se suele anotar el mérito de que las noticias que tuvo Pinel del quehacer en el Hospital de Gracia de Zaragoza inspiraron su perspectiva ocupacional: "En dicho establecimiento, una continuada experiencia había demostrado que la utilización de los enfermos en las labores del campo constituía el medio más seguro y eficaz para recuperar la razón perdida, observándose que los nobles que, alegando su jerarquía, rechazaban con altivez y desprecio efectuar algún trabajo mecánico de los que se les ofrecían, gozaban del triste privilegio de ver eternizarse sus absurdos extravíos y delirios" (José García Ibáñez. *Rev Asoc Esp Neuropsq* 2012; 118, pág. 379). Ya en aquellos inicios, la ocupación como herramienta terapéutica requería aproximarse de forma individual a los pacientes, un conocimiento de su biografía, sus trabajos, su familia y sus amistades; de modo que solo tras ese estudio el médico podía indicar las ocupaciones más convenientes.

Nos topamos con otro hito histórico, en nuestro contexto cercano, a mediados del siglo XIX en el manicomio de San Baudilio de Llobregat, donde el doctor Pujadas, tras el periplo europeo que efectuó como comisario regio con el propósito de hacerse con nuevas ideas y proyectos que modernizaran la asistencia en esa institución, optó por generar proyectos ocupacionales, los cuales pronto se concretaron en el diseño de una granja agrícola con vastos jardines, una banda de música formada por los internos, y el proyecto de una publicación periódica, *La Razón de la Sin Razón*, que pronto vería la luz y adquiriría amplio reconocimiento.

En nuestros días, desde otras perspectivas —desde la óptica del empoderamiento, la autoría, el desarrollo personal, la construcción de roles significativos, la inclusión— está siendo redescubierta, de modo que la terapia ocupacional (TO) se nos presenta como una

opción profesional emergente, imprescindible en cualquier proyecto emancipador y de recuperación. Por esto hay que celebrar que, en los últimos años, la terapia ocupacional esté ocupando lugares de primera fila en los procesos de atención a las personas con situaciones de dificultad psicosocial importante. Y así vemos que desde distintos sectores, precisamente desde los grupos y desde los proyectos más activos en el contexto del movimiento de recuperación se reclama mayor presencia de la TO, a la que se reconoce como portadora de una colección de técnicas emergentes y, sobre todo, como una estrategia de gran potencia, en la medida en que considera la acción humana en el ámbito de la subjetividad creativa y de la intersubjetividad, desde el convencimiento, por experiencia, de que las ocupaciones son mucho más que meras mediadoras de producción de hechos y/u objetos, y se consideran ingredientes nucleares de la construcción de las vidas, de biografías y de roles sociales significativos.

Si la terapia ocupacional adquirió sus primeras señas de identidad en el seno de las primeras instituciones, hoy, cuando las personas están en procesos de recuperación de sus dolencias mentales en sus domicilios, con sus familiares, allegados o amigos (o, demasiado a menudo, desafortunadamente, muy solos), el proyecto emancipador y coconstructor (de identidad, de roles sociales, de biografías orientadas a la búsqueda de sentido y significado de la vida, individual y colectiva), las nuevas visiones de la recuperación se despliegan desde la expectativa de que las personas con enfermedades mentales graves serán apoyadas en sus esfuerzos para vivir, trabajar, aprender, disfrutar y participar de forma plena en sus comunidades, y reclaman un abordaje de las capacidades y una teoría de la acción (de nuevo la TO tiene mucho que decir en ambos aspectos) para abarcar el hecho del papel activo que desempeñan las personas en su propia recuperación, y para explorar sus diversas implicaciones para la práctica.

El abordaje de las capacidades se apoya en la consideración de que los aspectos nucleares de la naturaleza humana son los conceptos de agencia-autoría y libertad; y de ser, hacer y hacer (hacerse) en la relación con el otro. Sentido de agencia, de autoría de la palabra y de la acción, construyendo así la propia narrativa personal, biográfica, hablada y representada. Siempre la acción y la palabra; y siempre el afecto y la relación con el otro, con los otros: recordemos con Vygotski que no se debe describir a las personas solo en relación con aquello que pueden hacer por sí solas, sino también, lo que tal vez sea más importante, con aquello que pueden hacer con la ayuda de alguien más… y que el aprendizaje no se refiere tanto al producto, o al contenido aprendido, como al hecho de que las personas siguen estando abiertas a la incorporación de nuevas acciones a las que están expuestas, en caso de que encuentren que esas acciones o conductas son les útiles para algún fin relevante… la capacidad está determinada no tanto por lo que la persona haya aprendido, sino por aquello que es capaz de aprender si se le proporciona un entorno rico y estimulante.

Con este atractivo panorama conceptual de fondo, que hace a lo técnico y a lo ético, se nos ofrece este manual, con una colección de textos que reúnen algunas de las experiencias ocupacionales y terapéuticas más interesantes que actualmente se están desarrollando en España, sus fundamentos y perspectivas teóricas, su engarce en los

equipos multi- e interprofesionales, con tanta atención puesta en la diversidad de los individuos y de sus avatares biográficos como en los contextos culturales, sociales, políticos y sanitarios donde se reconocen y atienden las necesidades, las expectativas de los individuos y de los grupos, y se procede, mediante el compromiso y las buenas prácticas profesionales, a propiciar el desarrollo efectivo de las capacidades de cada cual. Siempre recordando que lo que las personas pueden hacer y ser es más importante que lo que las personas pueden tener. Sea bienvenida esta obra, que será un gran aliciente para el perfeccionamiento de las prácticas profesionales de los terapeutas ocupacionales y de tantos otros a quienes concierne la salud y el bienestar integral de todos nosotros.

Mariano Hernández Monsalve
Servicios de salud mental de Tetuán (Madrid)

Introducción

Perspectivas y desafíos de la profesión

La filosofía de la rehabilitación, la integración y la inclusión de las personas establece una perspectiva esencial en el desarrollo de los servicios y los programas dirigidos a la población con enfermedad mental. La realidad del siglo XXI, en continuo cambio, plantea nuevos retos para los profesionales de este ámbito, aún más desafiantes que los acometidos en los años precedentes.

Tradicionalmente, las respuestas políticas ante el fenómeno de la enfermedad mental han consistido en medidas de compensación sanitaria y social a través de la beneficencia, con tratamientos al margen de la sociedad. A pesar del desarrollo de servicios especializados, en las comunidades autónomas, estos no han generado el efecto deseado y han agravado el problema de la exclusión y de la infraparticipación de la población con trastorno mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) define la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. La definición incluye conceptos transversales y globales de la terapia ocupacional, tales como *bienestar*, *conciencia*, *contribución* y *comunidad*. Principios que unidos a los de *autodeterminación*, *igualdad de oportunidades* o la *ciudadanía plena*, son ejes vertebrales de las propuestas de la terapia ocupacional. Los conceptos implícitos en la definición de la OMS no siempre han ido acompañados por un cambio en la filosofía de atención de los servicios especializados, y menos por cambios en las acciones ejecutadas en los mismos. Estamos lejos de la situación óptima requerida para prestar atención a todas las necesidades ocupacionales de las poblaciones con enfermedad mental. Una muestra de esta situación son las marcadas desigualdades del rol y funciones del terapeuta ocupacional en los diferentes sistemas de atención existentes en España, que generan extensos debates sobre las competencias del terapeuta ocupacional, las intervenciones ocupacionales y los procedimientos de evaluación para conseguir resultados sobre la salud.

En el escenario actual, es necesario trabajar con las poblaciones y el contexto para concienciar a los gestores y/o directores de los servicios, a otros profesionales, a la comunidad y a los propios colectivos beneficiarios de la importancia de los proyectos de

vida y del desempeño ocupacional. Es primordial que la práctica comprenda, visualice y despliegue las necesidades ocupacionales de las poblaciones y/o individuos en todas las capas del entorno social, y no solo en determinados servicios o experiencias concretas.

A pesar de las dificultades descritas, resaltamos la reconversión, acontecida en los últimos treinta años, de los roles y funciones de la profesión. El aumento exponencial de terapeutas ocupacionales y el desarrollo de competencias profesionales son hechos objetivos. El terapeuta ocupacional ha pasado de ser el profesional que ejecutaba un conjunto de actividades predeterminadas, a desempeñar funciones de gestión sanitaria, dirección de servicios, creación de empresas, asesoría y formación de equipos, coordinación de programas y gestión de casos.

Esta realidad permite que nos ilusionemos con nuevos desafíos para el futuro profesional. Aunque también supone el incremento y formación en nuevas habilidades de intervención, el manejo en el diseño de programas orientados a poblaciones y organizaciones, así como el avance en los procesos de intervención para la gestión de casos y/o situaciones.

La perspectiva de la terapia ocupacional en España

Las perspectivas y los desafíos de la profesión van ligados, entre otros, a factores formativos, laborales y del contexto, factores que influyen directamente en la práctica cotidiana de la terapia ocupacional. La existencia de diferencias en las perspectivas de los terapeutas y de oportunidades de progreso de la profesión, viene generada por la heterogeneidad en la formación universitaria existente en España. La escasa presencia de profesorado con el título de terapeuta ocupacional, en algunas universidades agrava las diferencias en la formación teórica y práctica de los egresados en terapia ocupacional. Situación que genera la amplia y heterogénea definición de las metodologías y procedimientos recomendados para la actuación en el ámbito de la salud mental desde la terapia ocupacional.

Otro factor es la elección de los modelos teóricos de la profesión. Los modelos de terapia ocupacional se han generado en realidades diferentes a la española. La cultura, los sistemas, los modelos de gestión o las propias formas de vivir son muy diferentes incluso entre comunidades autónomas. Todo ello ha aumentado la dificultad de implementar filosofías, métodos y procedimientos generados en otros países. La grieta entre la teoría y la práctica puede ser muy amplia si no se analiza la historia del contexto sociocultural en el que se actúa.

En la profesión destacan dos líneas de pensamiento que se proyectan en los procesos de organización e intervención. Una línea es el enfoque centrado en la ocupación, la capacidad, las fortalezas, etc. de las personas. Por contra, otra línea prioriza la disfunción y los síntomas de los clientes como primera instancia, y, posteriormente, la ocupación. Por esta razón, es prioritario que los terapeutas ocupacionales tomen consciencia de la óptica con la que guían su práctica profesional, bajo la cual construyen la intervención en el contexto de las personas.

Por último, hay que destacar las situaciones presentes y futuras de los escenarios de trabajo. El presente es herencia histórica de las tendencias sociales e ideológicas vinculadas a determinadas épocas y lugares que, añadidos a los cambios socioeconómicos actuales, facilitan o inhiben el despliegue de planes ocupacionales. Este último factor es muy relevante y ha generado la necesidad de reorientar la mirada de los terapeutas ocupacionales, desde los individuos y entornos hacia las poblaciones, los contextos y la comunidad.

Gran parte de la formación recibida hasta ahora se centra en la gestión de casos. Pero la realidad actual nos deriva a reflexionar globalmente sobre poblaciones, servicios y comunidades, sin perder la individualidad de las personas. Desencadenando el despliegue de nuevos procedimientos y programas, denominados en algunas experiencias "programas de atención global", la elaboración de proyectos transversales, la creación de diferentes fórmulas y enclaves con la comunidad, y un largo etcétera. Estos son solo algunos de los ejemplos de los cambios implícitos en esta perspectiva más global.

Esta óptica basada en las poblaciones y la comunidad ha transformado la perspectiva del propio contexto, lo cual es evidente en la práctica cotidiana. Los terapeutas ocupacionales trabajan con diferentes niveles de competencias en los diversos escenarios de atención. Estas competencias van desde la gestión de casos hasta la dirección de servicios, la coordinación y/o gestión de equipos. La innovación de múltiples experiencias en intervenciones ocupacionales, tales como el proyecto de arte del Museo Thyssen en Madrid o el proyecto medioambiental del Parque Zoológico de Barcelona, son evidencias de la evolución profesional en nuevos escenarios.

Hay que incentivar el crecimiento de la profesión en el ámbito de la salud mental; por esta razón, resulta justo mostrar agradecimiento hacia la labor de muchos terapeutas ocupacionales que a través de la perseverancia, el espíritu y la profesionalidad han transformado la imagen de la profesión al transformar los históricos departamentos de laborterapia en la amplia cartera de prestaciones que existe actualmente en la práctica asistencial. No ha sido un camino fácil para los terapeutas que han tenido que desarrollar este cambio, marcado por las barreras e impedimentos que han formado y forman parte de nuestro día a día.

Desafíos de la profesión

La terapia ocupacional en España tiene un pasado, un presente y debe tener un futuro. El pasado está marcado por las desigualdades en la integración de la profesión en las diferentes comunidades autónomas. El presente, en el que la crisis económica y social ha acentuado aún más las diferencias en las intervenciones y el acceso a las mismas, ha generado cambios en el rediseño de la metodología y procedimientos basados en una economización de costes. El futuro está lleno de incógnitas, pero también de múltiples desafíos orientados a crear nuevos caminos.

El primer desafío es no perder "nuestra mirada" a pesar de la influencia del entorno. La interpretación de la intervención ocupacional, como ya se ha señalado, es muy

variada y heterogénea. Alejarnos de nuestra esencia es perder la identidad como disciplina. Entender y creer en lo que hacemos ante las dificultades y las demandas es una premisa básica para generar cambios y evitar acabar con la indiferencia aprendida tan presente en la profesión.

El segundo desafío se encamina a la creación de nuevos ambientes de oportunidades adecuados a las transformaciones que sufre la sociedad. La visión sobre el contexto y el análisis del mismo son prioritarios para ver más allá de lo concreto. A pesar de las dificultades, tan presentes en lo cotidiano, el terapeuta tiene que visualizar cuál será el punto óptimo al que pretende llegar y el recorrido que ha de seguir. No siempre se podrá conseguir de manera directa y sencilla, lo que implica la capacidad para buscar alternativas de intervención. La idea es el punto más importante para empezar a construir; la imposibilidad de desarrollar un proyecto no debe ser motivo de frustración, sino de reflexión.

Asimismo, y como tercer desafío, hay que continuar con los cambios conceptuales y actitudinales en la práctica asistencial a través de la creación de proyectos sostenibles, en la línea de la formación interna, informatización de intervenciones ocupacionales, incorporación de indicadores de calidad, visualización de necesidades ocupacionales, control de la efectividad de las acciones, diseño de planes estratégicos en terapia ocupacional, creación de propuestas con agentes sociales y control del impacto en la implementación de las propuestas.

Asimismo, debemos seguir impulsando programas innovadores para las diferentes poblaciones y contextos. No está todo inventado y aún queda mucho por descubrir. La diferencia entre una idea y una *buena idea* es que esta última identifica la oportunidad. Por ello, es necesaria la integración de herramientas que permitan diseñar, implementar y, sobre todo, evaluar las propuestas de intervención. La investigación sigue siendo uno de los desafíos más importantes, pero también debe serlo la evidencia clínica. No podemos olvidar la importancia de demostrar el impacto o la eficiencia-eficacia de las acciones, y más en el ámbito de la salud.

Finalmente, hay que continuar con el desarrollo profesional en el ámbito educativo y en el de la incorporación al mercado laboral. Por un lado, en los procesos de inclusión como asesores de itinerarios personalizados, planes de apoyo al empleo, etc. Y por otro lado, en los departamentos de riesgos laborales, con la adaptación “al” y “del” puesto de trabajo. En definitiva, este manual intenta ser una herramienta de ayuda tanto para los terapeutas ocupacionales en proceso de formación como para aquellos que se incorporen al ámbito de la salud mental. Asimismo, para aquellos terapeutas ocupacionales que llevan años de experiencia, esperamos que nuestras aportaciones resulten elementos de reflexión y de construcción para seguir ampliando las prestaciones de la disciplina.

PARTE I

TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL: ASPECTOS FUNDAMENTALES

1

El contexto de la terapia ocupacional en España

Desde sus inicios, la terapia ocupacional se desarrolló ligada a los cambios producidos por los acontecimientos históricos del entorno sociocultural. En la actualidad, la crisis social y económica en la que está inmersa la sociedad española ha provocado un cambio en las prestaciones y recursos a los que tienen derecho las personas con enfermedad mental, situación que influye directamente en la atención y distribución de los servicios asistenciales.

La disciplina, en el ejercicio de su praxis profesional en salud mental, integra elementos claves para el desarrollo de los procesos de intervención. Estos componentes son los siguientes: contexto, misión, visión, papel de la persona, marco conceptual, principios éticos, calidad de las intervenciones y organización por procesos. Estos componentes se describen en la primera parte del presente manual, dada su influencia en la práctica cotidiana.

1.1. Los cambios socioculturales de nuestra sociedad

Los cambios político-sociales generan transformaciones en diversos niveles de la sociedad e influyen en los principios, políticas, planes de acción, prestaciones de los servicios, en la priorización de las líneas de acción de los dispositivos, así como en los profesionales y, por ende, en los usuarios y en sus familias. Los factores enumerados forman parte del contexto de la profesión y facilitan o inhiben el despliegue de los planes de intervención. Así, comprender los cambios del paradigma político-social y/o la redefinición de los escenarios de actuación es parte esencial para la práctica profesional. No debemos desempeñar nuestra labor encerrados en un caparazón llamado despacho o departamento, ajenos a los cambios. Distanciarnos del contexto es negar la realidad, no solo como profesionales, sino como personas integrantes de un conjunto social.

Asimismo, contextualizar la misión, la visión, los procesos de la terapia ocupacional y el papel de la persona con enfermedad mental comporta reflexionar e integrar el paradigma social de nuestro entorno, el proceder de la sociedad de la que formamos

parte, comprender los lugares de trabajo, la estructura de los modelos de gestión o el funcionamiento específico de cada servicio existente en la red de salud mental.

1.1.1. La evolución del paradigma social en salud mental

La percepción de la sociedad sobre la enfermedad mental ha cambiado a lo largo del tiempo; también ha evolucionado la atención ofrecida a las personas que presentan un sufrimiento mental.

En épocas primitivas, la persona con alteración mental era aceptada por el grupo, siempre y cuando participara en la vida cultural y productiva de la comunidad. Su anormalidad era asumida como algo mágico. Posteriormente, con el desarrollo del cristianismo, comienzan a visualizarse las alteraciones mentales como posesiones demoníacas; consecuencias de ello eran la marginación, reclusión y maltrato del individuo que las presentaba. Con la Ilustración llega un cambio de pensamiento y la alteración mental se califica como enfermedad y se considera que la persona necesita recibir tratamiento profesional. A ello se unen las ideas del Romanticismo, que opinaban que el entorno, la cultura y el aprendizaje influían en el crecimiento del ser humano, es la época del desarrollo del tratamiento moral. Con la llegada de la Revolución Industrial se pierden estos valores, las normas ejercen presión sobre los individuos y favorecen el fracaso social y la exclusión, las instituciones psiquiátricas son lugares de reclusión.

El avance científico y el movimiento por los derechos civiles en los Estados Unidos durante el siglo XX suponen un gran avance en la percepción político-social de las personas con enfermedad mental. En España, por causas propias, no es hasta la década de los 80 cuando comienza a introducirse este cambio.

Con posterioridad, en el siglo XXI, empieza a filtrarse en la sociedad el paradigma de la *diversidad*. Dicho paradigma promulga que los individuos que componen la sociedad son diferentes, tienen distintas capacidades y su funcionalidad es diversa, pero, como ciudadanos que son, poseen el derecho a la autodeterminación, a la acessibilidad, a la calidad de vida y a la igualdad de oportunidades.

Este enfoque orienta las políticas europeas y estatales. La intervención no debe centrarse solo en el síntoma de la enfermedad, sino en el ciclo de vida y sus fragmentaciones, así como en el impacto que la enfermedad provoca en el individuo. Los pilares básicos de esta perspectiva son:

1. Inclusión frente a exclusión.
2. Autodeterminación frente a las decisiones de otros.
3. Fortalecimiento frente a posturas paternalistas y de tutela.
4. Calidad de vida frente a las situaciones de marginación y aislamiento.
5. Aceptación incondicional de la diversidad frente a la discriminación.
6. Igualdad de oportunidades frente a las barreras de accesibilidad.

Sin embargo, durante los últimos años, factores como la crisis económica han

provocado un retroceso en los derechos sociales y económicos; por ello, el logro de mejoras en los indicadores sociales marca un reto para los profesionales del ámbito de la salud mental. El derecho a una atención equitativa comporta soluciones a los problemas a largo plazo, y actualmente este derecho está en riesgo. En España, lograr mejoras en los indicadores sociales de la vida cotidiana de las personas diagnosticadas de enfermedad mental es una tarea ardua. A las dificultades que sufren las personas con enfermedad mental —tales como asunción del proceso de la enfermedad o el empobrecimiento de áreas de su vida— se les añade el difícil acceso al trabajo o las precarias condiciones laborales ofrecidas. Las empresas, tanto públicas como privadas, desconocen, desaprovechan y/o no ofrecen oportunidades basadas en las capacidades y potencialidades de estas personas. En consecuencia, las prestaciones sustitutivas de los salarios son insuficientes y condicionan los proyectos de vida de esta población.

Los profesionales reconocen el carácter insostenible de esta situación, para la cual no existen estrategias dirigidas hacia una solución clara. No se discute que los individuos que sufren un trastorno mental formen parte de la diversidad social, pero mostrarse conforme con la diversidad supone crear procesos sociales y dotarlos de recursos económicos para proporcionar igualdad de oportunidades a todos los ciudadanos, y actualmente no existen planes ni disposición política para garantizar la participación e inclusión de la personas con diversidad social y funcional.

Para facilitar la participación e inclusión es necesario cambiar el diseño y la organización de los recursos, incluso con la innovación de nuevas fórmulas de atención. El control, la asistencia y la tutela se han de trasladar a la gestión de los apoyos y a la necesaria adaptación del entorno.

La diversidad funcional no es un problema personal, es un problema social. Y de la misma manera que se ofrece atención sanitaria y rehabilitadora, es necesario apoyo para la integración e inclusión de las personas. Las intervenciones individuales deben ir acompañadas de políticas sociales que promuevan y faciliten los ajustes personales y cambios en el entorno. En este escenario, el terapeuta ocupacional define los apoyos necesarios y la temporalidad e intensidad de los mismos. El diagnóstico ya no es una etiqueta que se coloca a la persona, es una descripción de los puntos fuertes, de sus limitaciones y de las necesidades de apoyo basadas en la individualidad de cada caso o situación. La planificación no se centra en los servicios ni en los profesionales, tampoco en los signos y síntomas, se centra en la persona y en sus necesidades de vida. Para los terapeutas ocupacionales no importan tanto los protocolos como los resultados, y estos deben ser congruentes con los sistemas y las poblaciones.

El profesional no puede enrocarse en demandas que alejan cada vez más a la persona de sus necesidades; ha de concienciarse de la necesidad de un cambio proyectado hacia lo social, comenzando desde lo micro, dirigir la mirada hacia la persona en proceso de recuperación y hacia el sistema que le rodea y preguntarse "¿Qué solicitamos a nuestros clientes?, ¿qué esperan de nosotros?".

1.1.2. La sociedad actual

La política neoliberal genera condiciones de injusticia social en la población, numerosas personas viven circunstancias cotidianas que provocan incertidumbre y las llevan a situaciones vitales insostenibles.

La pérdida de valores, la ausencia de cohesión social, el retroceso de los derechos ciudadanos y de la calidad de vida adquirida en décadas anteriores forman parte del contexto diario de la población española. La crisis económica ha cambiado la forma y el estilo de vida de gran parte de la población, pero los grupos más frágiles y vulnerables son los grandes perjudicados, entre ellos los que presentan una enfermedad mental. Situaciones de injusticia y deprivación ocupacional prolongadas en el tiempo generan condiciones donde el padecimiento mental está presente y se convierten en la antesala de procesos más complejos relacionados con el trastorno mental. Si el Estado del Bienestar no garantiza que las personas puedan cubrir las necesidades básicas que les permitan desarrollarse, difícilmente estas podrán poner en marcha estrategias de autodesarrollo y búsqueda de metas.

El estigma existente a causa de estereotipos y falsas creencias, y al mismo tiempo el autoestigma de los individuos, provoca miedo y ocultación de la enfermedad mental. La sociedad occidental promueve valores centrados en la estética y la apariencia, los cuales generan necesidades por encima de la ética y del significado profundo de las cosas que conllevan frustración y sufrimiento en muchas personas. Una sociedad no debe impulsar falsas imágenes de normalidad e incitar s su asimilación, o prometer la felicidad o infelicidad en función de los estándares predefinidos y de los bienes materiales. Una sociedad que no valora lo esencial, ni acepta la diferencia como una característica positiva, es una sociedad enferma.

La imagen de la enfermedad mental se asocia con frecuencia al peligro, al dolor, al genio extravagante, a la soledad, al miedo, a la indefensión, a la incapacidad. ¿Cómo va a querer alguien relacionarse con las personas con enfermedad mental? ¿Quién desea acercarse a las personas en las que concurre todo aquello de lo que huye? Lo que se teme se evita o se arrincona, mecanismos de defensa que encontramos, incluso, en los propios profesionales de la atención. El hecho de emplear el adjetivo "agresivo" relacionado al trastorno mental supone una vía de control social. Como sociedad necesitamos pensar y comunicar que aquel que es capaz de mantener conductas inexplicables es alguien trastornado. En la psique humana resulta muy complejo y laborioso, a veces hasta impensable, aludir a que cualquiera en una situación dada pudiera llevar a cabo una determinada conducta. Externalizar la conducta del otro siempre conlleva cierto alivio propio.

1.2. La institucionalización y desinstitucionalización en salud mental

La historia de la atención en salud mental no es conocida por la población general, como tampoco son conocidos los tratamientos inoportunos y/o iatrogénicos que ha soportado el

colectivo de personas que sufren enfermedades mentales graves. Destacamos a continuación algunos de los aspectos históricos relevantes que deben ser considerados para entender el recorrido seguido y el punto en el que se encuentra actualmente la atención en salud mental.

1.2.1. La historia de la institucionalización

Con el advenimiento de los burgos en la Edad Media se producen cambios en la organización política y económica de las sociedades occidentales: nacen las instituciones de control social. Su actuación consistía en aislar a los individuos que infringían las normas establecidas, a los que se les aplicaban técnicas para enderezarlos y vigilarlos. En dichos centros existían espacios reglamentados para afrontar los fenómenos globales de la población (biológicos y sociológicos). Se ejercía un control no solo sobre la conciencia o la ideología, sino también sobre el cuerpo.

En los siglos siguientes se decretan en diferentes países leyes relacionadas con el control, sirvan como ejemplos, las leyes de "medicina de Estado" en Alemania, las de "medicina de la fuerza laboral" en Inglaterra y las de "medicina urbana" en Francia. La ciencia médica era utilizada como estrategia biopolítica en las instituciones totalitarias.

En España, en pleno siglo XX, se promulga la ley de Vagos y Maleantes (4 de agosto de 1933). Su finalidad era retener y controlar a las personas supuestamente peligrosas hasta que revertiera su peligrosidad. En realidad, fue una vía abierta para reprimir a personas sin recursos. Posteriormente, se modificó para reprimir también a los homosexuales. Años más tarde, en 1970, la ley fue derogada y sustituida por la ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, de términos muy parecidos pero que incluía penas de hasta cinco años de internamiento en cárceles o manicomios. En la década de los 60, en Occidente comienza la desaparición de los sistemas custodiales y represivos siguiendo los nuevos aires de la lucha por los derechos civiles y de los enfoques sociales de la psiquiatría. España continuaba considerando a los enfermos mentales como un peligro social que había que custodiar y controlar.

El control, la vigilancia y el aislamiento han sido parte de la intervención aplicada a la población con enfermedad mental. Este modelo institucional y custodial ha sido muy criticado por los elementos de restricción implícitos, cuyos principios básicos eran la limitación de la autonomía de las personas, condiciones de vida basadas en el confinamiento y atención básica.

Por su parte, Goffman (1961) definió este modelo con el término de "instituciones totales", destacando el efecto de mortificación ejercido sobre el yo en estos escenarios. Por otra parte, Foucault (1974) definió las "sociedades de control" y consideró a estas entidades como instituciones que ejercían el poder a través del saber y la disciplina. Hoy, estas "sociedades" todavía pueden observarse en determinados lugares asistenciales, desde una perspectiva tanto ambiental como eminentemente práctica. Es recomendable revisar las aportaciones de ambos autores para comprender lo devastadores que son los modelos institucionales basados en estos principios.

Diversos son los terapeutas ocupacionales que trabajan en instituciones en las que predominan los enfoques excluyentes. Debemos tener en cuenta que la integración e inclusión de las personas con enfermedad mental es un camino iniciado hace tiempo y que ha generado cambios en las instituciones, si bien es un camino largo y sin acabar. Y es de ahí de donde nace uno de los desafíos actuales más importantes de la profesión: conseguir parte de la justicia ocupacional que se merecen los colectivos institucionalizados desde hace décadas.

1.2.2. El proceso de la desinstitucionalización

En España, el modelo custodial y hospitalo-céntrico inició un proceso de cambio con la denominada "desinstitucionalización psiquiátrica". Esta trasformación provocó el desarrollo de la atención centrada en la comunidad. En Europa uno de los referentes más importante de esta transformación fue Franco Basaglia (1924-1980), fundador del cambio en la salud mental italiana e inspirador de la ley que lleva su nombre (ley Basaglia o ley 180 del año 1978).

> Si la situación del asilo de alienados ha revelado el carácter esencialmente antiterapéutico de sus estructuras, cualquier transformación que no vaya acompañada por una puesta en cuestión interna desde la base resulta completamente superficial y de pura apariencia. Lo que se ha revelado como antiterapéutico y destructor, en las instituciones psiquiátricas, no es una técnica o instrumento particular, sino el conjunto de la organización hospitalaria (Basaglia, 1972).

La ley Basaglia llevó a una importante reforma en los reglamentos de los hospitales psiquiátricos italianos y promovió cambios significativos en el tratamiento de las personas con enfermedad mental. Estos cambios se realizaron de forma progresiva y de forma desigual en Italia, a través del desarrollo de una visión centrada en la libertad de los individuos que sufren una enfermedad mental y en el proyecto individual de cada persona (vivienda, trabajo y participación comunitaria). Este enfoque establece diversas acciones en el territorio local de las personas con un concepto distinto al que estamos acostumbrados en nuestra realidad. Experiencias como las desarrolladas en Gorizia (proyecto Il Mosaico) o Trieste, en el norte de Italia, están basadas en las propuestas de Basaglia.

En España no fue hasta el año 1980 cuando se incorpora la corriente de la psiquiatría comunitaria. Esta corriente fue respaldada por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), que delimitó los principios generales y la filosofía de la transformación de la atención psiquiátrica. El informe emitido proporcionó las directrices y recomendaciones para la implantación de un nuevo modelo de atención en salud mental. Todo ello se concretó en la ley General de Sanidad (LGS, 1986), la cual incluyó, entre otros, el derecho a recibir tratamiento en salud mental dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), inexistente hasta ese momento para la población española.

La atención en salud mental integró principios tales como:

- Incorporar la salud mental en la atención integral de salud, con gratuidad total.
- Centrar la atención en la comunidad y limitar los ingresos hospitalarios. En caso de ser necesario el ingreso, se realizará en unidades de agudos ubicados en hospitales generales.
- Intervenir a través de equipos multidisciplinares.
- Salvaguardar los derechos de las personas con enfermedad mental.

En primer lugar, se sectorizaron los servicios de salud mental en cada área, creando una sola red de recursos, ya que, hasta ese momento, las competencias en salud mental pertenecían a diversas administraciones (estatales, provinciales y municipales). La integración y acercamiento a la población facilitó la existencia del trabajo comunitario. La atención primaria paso a ser la puerta de entrada al sistema y se había de coordinar con los servicios locales de atención social.

En segundo lugar, los servicios de psiquiatría pasaron a denominarse "servicios de salud mental", acto que significó algo más que un simple cambio de nombre. La nueva organización supuso que los equipos ambulatorios se hicieran cargo del paciente, se desarrollaron unidades y programas de hospitalización parcial, atención domiciliaria y rehabilitación psiquiátrica, así como alternativas residenciales a la larga estancia manicomial (pisos supervisados, minirresidencias y residencias de salud mental). También se crearon unidades especializadas en los hospitales generales, disminuyeron las camas de ingresos y se planeó el progresivo cierre de los hospitales psiquiátricos.

1.3. Los modelos sanitarios y sociales de atención en salud mental

La puesta en marcha de la reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización en España ha generado una gran diversidad de modelos de gestión y atención, provocando diferencias significativas en el papel representado por los terapeutas ocupacionales. Existen comunidades autónomas donde han prevalecido las instituciones psiquiátricas reconvertidas en servicios especializados de salud mental. Por el contrario, otras comunidades desplegaron una red de atención social basada en la comunidad que incluye el trabajo como prioridad en las líneas de actuación para las personas con enfermedad mental grave.

A pesar de la coexistencia de ambos modelos en nuestro país (el modelo laboral dentro del social, como ocurre en algunos sistemas), cabe destacar que en estas últimas décadas los enfoques de intervención se han ampliado considerablemente hacia la integración e inclusión en la comunidad, impulsados por los enfoques de la rehabilitación basada en la comunidad o los modelos de competencia, etc.

La reducción de presupuestos, el cambio de prioridades sociopolíticas y la transformación de la gestión pública han dado paso al creciente modelo de gestión privada, impulsando con ello un sinfín de cambios. La privatización ha generado múltiples diferencias en la atención de la salud mental, un ejemplo es el paso de la unificación de redes, métodos y procedimientos a la diversificación de la política por

parte de las empresas que gestionan los servicios. El objetivo de la atención a las necesidades reales de la persona y su entorno para lograr el bienestar se desdibuja, dando paso desde el propio sistema a la creación de estamentos estancos de "personas aparentemente ocupadas" sin opciones para disponer de una hoja de ruta personalizada. Las ratios de atención por profesional se disparan y generan espacios limitados para el desarrollo personal. El sistema no cuida a los profesionales y ello provoca la falta de motivación y la inhibición en la creación de oportunidades para los "clientes". Parece abocarse a que sean los aspectos vocacionales del profesional los que deban prevalecer por encima de una calidad mínima garantizada donde el profesional pueda sentirse en libertad para poder creer y así crear.

Estos breves reflejos del contexto provocan que la realidad sea, para la profesión, continuamente cambiante y poco predecible. Situación que afecta tanto a los que trabajan en instituciones de salud mental derivadas de los procesos de reconversión psiquiátrica como a los que trabajan en atención comunitaria. Los cambios en los sistemas y en los modelos de gestión influyen directa e indirectamente en la implementación de acciones ocupacionales; sumados a la frecuente resistencia de muchos profesionales, más la larga lista de inconvenientes del propio sistema, ofrecen un resultado de difícil convivencia entre nuestra perspectiva y la realidad asistencial.

1.3.1. Las organizaciones, las instituciones y los servicios

La tipología de recursos actuales es amplísima en todo el marco estatal. Cada recurso está condicionado por múltiples variables, entre las que destacan la finalidad, los criterios de inclusión y exclusión y/o la temporalidad. Existe una gran diversidad de centros y servicios que posibilitan la mejor integración de las poblaciones con enfermedad mental en la sociedad, si bien el desarrollo ha sido variado en las distintas comunidades autónomas. En el cuadro 1.1 se enumeran algunos de los servicios y centros existentes.

Cuadro 1.1. Tipología de recursos para la rehabilitación, integración e inclusión de las personas con trastorno mental grave

Ámbito sanitario	–	Servicios de hospitalización que reciben diferentes nombres según la comunidad autónoma. Son definidos generalmente como unidades de hospitalización breve, subagudos, hospitalaria de tratamiento y rehabilitación (UHTR), unidad de media estancia (UME), media y larga estancia (MILLE), unidad de alta dependencia psiquiátrica (UAPE), unidad especializada de rehabilitación psicosocial (UERPS), hospital de día (HD), centro

	de rehabilitación en salud mental (CRSM), unidad de rehabilitación de área (URA), etc.
Ámbito social	– Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS), centros de rehabilitación e integración social (CRIS), clubes sociales, centros de día, etc. – Pisos protegidos, concertados-conveniados-supervisados, viviendas de transición, casa-hogar, etc. – Pensiones tuteladas, conveniadas o supervisadas.
Ámbito laboral	– Servicios prelaborales (en Cataluña dependen de Servicios Sociales), centros de rehabilitación laboral (CRL), centros especiales de empleo (CET), etc. – Cooperativas sociales, enclaves laborales, itinerarios, apoyo en empresa ordinaria (programa Incorpora, etc.), oficinas técnicas laborales (OTL), etc.

Los recursos, servicios o dispositivos ofrecen una red de posibilidades de apoyo que van desde la prevención hasta la integración laboral o la vivienda. Las diferentes comunidades autónomas presentan diferentes estructuras y organizaciones; este hecho provoca que los profesionales hayan de adaptar la atención a cada realidad laboral. Es importante analizar si los sistemas, en su globalidad, son facilitadores de los proyectos de vida de las personas o si, por el contrario, actúan como inhibidores. En el análisis global de esta realidad podemos encontrar situaciones con un *continuum* establecido entre las poblaciones y los sistemas.

A) Sistemas de apoyo al proceso de atención de los usuarios y sus familias

Son aquellos sistemas que ofrecen una atención adecuada a la realidad, ayudan a la interacción entre las necesidades de las poblaciones y las posibilidades de los sistemas, y evitan el bloqueo de la atención. Capaces de cambiar en la medida en que las necesidades externas e internas lo requieren. Coherentes con la finalidad de la organización y con sus prácticas. Evolucionan sobre planes estratégicos de intervención en concordancia con los principios y filosofías más globales.

B) Sistemas inhibidores del proceso de atención de los usuarios y sus familias

Son aquellos sistemas que por ausencia de filosofía de la atención, o bien por líneas reduccionistas de intervención, provocan efectos negativos en la salud ocupacional de las poblaciones. Demoran el inicio de los procesos de atención e inducen a un deterioro

añadido, situación que favorece la descompensación psicopatológica y las recaídas. Son inexistentes las valoraciones sistemáticas y globales de la población y los contextos, y, como consecuencia, no existe el proyecto de atención integral en el momento del diagnóstico. A todo ello se añade un desequilibrio en el recurso, lo cual suscita la desubicación de los usuarios. El desequilibrio existente entre el perfil, necesidades y demandas de la población y la especificidad de los recursos disponibles, o la ausencia de los mismos, dificulta la implementación de procesos de rehabilitación, integración e inclusión lógicos, cohesionados y adaptados a la persona, a su momento y al contexto adecuado. La ausencia de coordinación existente entre servicios para integrar los procesos de rehabilitación, integración e inclusión lleva a diseñar intervenciones solapadas y duplicadas, así como a que se generen "campos de nadie". Sirva de ejemplo la siguiente situación: una persona ingresada en un recurso hospitalario que al mismo tiempo realiza un curso de formación ocupacional. Aquí el "campo de nadie", es el trayecto y la canalización de problemas que surgen en la utilización y en el camino entre los dos dispositivos por parte del usuario. El apoyo y responsabilidad profesional en este espacio son fundamentales para que el proceso tenga éxito, o menos probabilidades de fracaso. Por eso resulta imprescindible la existencia de espacios formales de coordinación y planificación entre los profesionales de los servicios implicados en los procesos de vinculación y seguimiento de usuarios, ello evitará suposiciones erróneas y falsas expectativas sobre las responsabilidades que se han de asumir.

Estos sistemas se caracterizan por ser estáticos, bloqueados o con duplicidades. Los recursos con limitaciones o ausencias de apoyos, o con una débil utilización del contexto comunitario, bloquean el sistema y no permiten desarrollar los procesos de atención de una manera fluida y adaptada a la población y a la individualización del caso. La duplicidad entre recursos representa otro hándicap, es común la coexistencia de un tipo de programa en dispositivos diferentes. El terapeuta ocupacional, desde el análisis contextual y del entorno, debe evitar duplicidades, así como la implementación de programas poco realistas.

Otra desventaja es la carencia de formación especializada en rehabilitación, integración e inclusión de los equipos interdisciplinares. Cabe destacar la necesidad de formación continuada de los profesionales con el fin de no caer en formas de relación estereotipadas y en dinámicas más parecidas a la alta emoción expresada y aprendida por el usuario en sus círculos primarios, más que a una objetividad que ayude a promover estilos de aprendizaje (establecimiento fijo de los roles que ocupa cada miembro del equipo, situaciones de no esperanza, resistencias profesionales a la salida de la zona de confort). El aprendizaje reciclado oxigena la relación y crea nuevos y renovados parámetros para seguir construyendo.

Para finalizar, la existencia de una "cultura" entre los profesionales basada en estructuras y servicios impide a los terapeutas ocupacionales generar oportunidades y responsabilidades.

1.4. Los modelos de intervención en salud mental

Es importante identificar el modelo y/o enfoque predominante en el equipo de atención; por ello, a continuación describimos brevemente los abordajes que habitualmente encuentran los terapeutas ocupacionales en sus entornos laborales. Existen múltiples modelos que explican la intervención que se ha de realizar con las personas que sufren algún tipo de enfermedad mental. La interacción entre factores biológicos, ambientales, sociales y psicológicos, así como la variabilidad individual de las personas y sus lugares de vida determinan los pronósticos y los abordajes más oportunos para cada persona con sufrimiento mental.

A continuación describimos los modelos más utilizados en la práctica actual.

1.4.1. El modelo de vulnerabilidad

Es uno de los modelos más extendidos para describir, por un lado, la capacidad adaptativa del individuo cuando se desencadena la enfermedad mental, y por otro, los abordajes de intervención a través de protectores personales y contextuales (Zubin y Spring, 1977; Saavedra, 2011). El modelo explica la interacción de los factores de riesgo (ambientales, biológicos, psicológicos y sociales) que determinan el afrontamiento ante situaciones de estrés. Es decir, la probabilidad de que se desencadene un problema de salud mental variará en función de la vulnerabilidad de cada persona y de su capacidad de afrontamiento ante situaciones estresantes. Los factores estresantes varían en función del individuo y/o la situación. Los factores predisponentes que señala el modelo son la predisposición genética (hipofrontalidad), las escasas habilidades personales para afrontar las demandas del entorno y la alta exigencia del contexto. Los acontecimientos vitales, el ambiente social muy exigente, el abandono de la medicación, el consumo de tóxicos y las relaciones familiares negativas son algunos de los factores desencadenantes de los síntomas prodrómicos iniciales, y de los brotes psicóticos posteriores.

1.4.2. El modelo de funcionamiento global

El modelo de funcionamiento global hace referencia al funcionamiento de la persona y a la discapacidad provocada por el entorno. Evalúa la interacción entre el estado de salud y determinados factores contextuales (Organización Mundial de la Salud, 2001). Incluye tanto los factores personales como los ambientales que se interrelacionan.

Los contextuales son facilitadores o inhibidores del funcionamiento de la persona. La discapacidad es el resultado de la interacción entre las condiciones de salud de la persona, los factores personales y los ambientales.

El impacto de la enfermedad en el funcionamiento de las personas es muy heterogéneo. Puede influir con distintos grados de intensidad y no tiene por qué presentarse siempre de la misma forma. Cada situación ambiental varía de un individuo a

otro. Por lo tanto, este modelo facilita la comprensión de que la funcionalidad no está sujeta en exclusiva al diagnóstico ni a los aspectos limitantes que se atribuyen a este.

1.4.3. El modelo de calidad de vida

El modelo de calidad de vida trata de mejorar tanto el desarrollo personal como las condiciones de vida de las personas que presentan una enfermedad mental. La calidad de vida es un constructo que engloba varias dimensiones: por un lado, los factores personales y del contexto; por otro, las necesidades y elecciones de carácter individual. Algunos autores señalan que desde este modelo se pretenden alcanzar logros significativos en ocho dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

El modelo plantea la estructuración de las dimensiones e indicadores en función de un triple sistema donde el microsistema hace referencia a los aspectos personales del individuo; el mesosistema, a aspectos funcionales que le rodean; y el macrosistema, a indicadores sociales. Todos ellos forman el sistema social y permiten desarrollar, planificar y evaluar programas (Verdugo *et al.*, 2011; Morocho, Ceballos, Casanova y Fillat, 2014).

Las enfermedades mentales influyen de forma negativa en la calidad de vida. El colectivo integrado por quienes las padecen presenta grandes dificultades en las relaciones interpersonales y menoscabo en su bienestar emocional, físico y material.

El concepto de calidad de vida desde este enfoque posiciona a la persona como centro de la intervención, apostando por la inclusión comunitaria de los individuos y dando importancia al apoyo social como factor clave para mejorar la calidad de vida de las personas en la rehabilitación de la enfermedad y en la prevención de su desencadenamiento.

Así, el apoyo social repercute positivamente en el funcionamiento personal y en el ajuste comunitario (relaciones interpersonales, integración social y oportunidades de autodeterminación, etc.), el cual depende de las características individuales y sociales de cada persona; y de la existencia o no de apoyos naturales.

1.4.4. El modelo de rehabilitación psicosocial

Es uno de los modelos más utilizados en salud mental. Autores como Anthony Farkas o Harding, hacen hincapié en el concepto de "recuperación". La "recuperación" no es solamente del trastorno, sino, sobre todo, la recuperación del proyecto vital una vez que ha aparecido la enfermedad y la discapacidad. Es una perspectiva basada en las fortalezas y las potencialidades que tiene la persona, y en el proceso dinámico de seguir desarrollándose en esa nueva situación. Para los autores, el sentido de rehabilitar no es solo recolocar en un nuevo lugar y con un tiempo ocupado, es hacer que esa persona sea

de nuevo dueña de su vida, de sus proyectos. En esta línea, la rehabilitación psicosocial promueve el mayor nivel posible de funcionamiento global de la persona. Otros autores influyentes de este modelo han sido Liberman o Kopelwicz. Durante la década de los 90 y a principios del siglo XXI los módulos de intervención creados por estos autores supusieron cambios significativos en los programas de psicoeducación y en los grupos de conciencia de enfermedad o manejo de la medicación. La rehabilitación psicosocial implica la recuperación de la máxima autonomía personal y social, a través de la recuperación y/o adquisición de capacidades, habilidades personales y sociales necesarias para vivir, así como los apoyos al desempeño de los distintos roles de la vida social y comunitaria. Uno de los objetivos principales es la integración en el entorno social, comunitario y familiar.

2
Los ámbitos de la intervención: rehabilitación, integración e inclusión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), el 25% de la población mundial presenta o presentará algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. Estudios realizados en España indican que un 19,5% de la población ha sufrido un problema mental, un 8,4% en el último año (Haro *et al.*, 2006). El impacto en la calidad de vida de las personas que padecen algún tipo de padecimiento mental supera al causado por otras enfermedades crónicas como artritis, diabetes o enfermedades respiratorias y cardíacas.

La discriminación, el estigma y la insuficiente respuesta política a las necesidades de la población con enfermedad mental obstaculizan el desarrollo de proyectos de vida con la suficiente autonomía y en igualdad de oportunidades que el resto de la sociedad.

La rehabilitación, inserción, integración e inclusión son ámbitos en que los terapeutas ocupacionales están formulando propuestas y líneas de acción basadas en la ocupación. Estos conceptos provocan debates entre los profesionales sobre los métodos y procedimientos más adecuados y los escenarios donde se desempeñan. Existe la idea de aplicar los conceptos en el proceso de atención de la persona en función de los recursos; frecuentemente, en el medio sanitario se ubica la rehabilitación; en el social, la integración; y en los proyectos municipales, la inclusión. En la práctica se observa que esta idea no corresponde con la realidad.

El concepto de *ámbito* tiene su origen en el vocablo latino *ambitus* y permite describir al contorno o límite perimetral de un sitio, lugar, espacio o territorio. La idea de ámbito, por tanto, puede presentarse como aquella que se refiere al área contenida o comprendida dentro de ciertos límites; pero la rehabilitación, integración, inserción e inclusión no pertenecen a un ámbito exclusivo, ni se entienden de una sola manera.

Por tanto, creemos oportuno incluir en este capítulo, algunas consideraciones de los ámbitos que influyen en la práctica y determinan las características de las intervenciones ocupacionales. Son aspectos fundamentales de la praxis en salud mental y requieren la reflexión de las propuestas para determinar si las acciones implementadas por los terapeutas ocupacionales se corresponden con los constructos de rehabilitación, integración, inserción; o bien, con la inclusión.

2.1. La rehabilitación en salud mental

Hay dos enfoques en la "rehabilitación en salud mental". Por una parte, la medicina concibe la rehabilitación como un proceso cuya finalidad es recuperar la función y/o actividad que el paciente ha perdido por una enfermedad adaptándose a los parámetros que los expertos consideran normales. Se trata de la atención sanitaria orientada a las secuelas de un trastorno que genera discapacidad o disfunción. Por otra, la rehabilitación se conceptualiza como una intervención global, en la que el protagonista y el experto es la persona; los problemas o las dificultades de la persona pueden derivarse de la interacción de las limitaciones del individuo con las restricciones del entorno y el contexto. Para este segundo enfoque, no es el individuo el que debe adaptarse al medio, sino que los procesos de atención y las acciones deben dirigirse al contexto y a facilitar la toma de decisiones y la autodeterminación de la persona. El profesional es el facilitador de los apoyos, si se precisan, para que los individuos en su diversidad funcional puedan participar y vivir en la sociedad.

Este manual se identifica con el segundo concepto de rehabilitación expuesto en el párrafo anterior. Como definen Vázquez, López-Luengo y Florit (2002), la rehabilitación psiquiátrica no surge de un marco teórico preestablecido: surge como práctica profesional presionada por la necesidad creada en las diferentes reformas, y en especial por el proceso de desinstitucionalización. La rehabilitación en salud mental ha ido inventando caminos, creando soluciones y tejiendo un discurso ideológico.

Por eso existen múltiples definiciones de rehabilitación en salud mental. Cada una de ellas ofrece diferencias respecto al objetivo y al punto de inicio. Algunas de estas diferencias se muestran en las siguientes definiciones:

1. "La rehabilitación psiquiátrica se dirige a mejorar las capacidades a largo plazo de las personas con trastornos psiquiátricos, por lo que se refiere a su vida y aprendizajes" (Anthony y Liberman, 1986).
2. "La meta de la rehabilitación es que la persona incapacitada aproveche al máximo las capacidades que tenga, en un contexto lo más normal posible" (Benet y Morris, 1990).
3. "La rehabilitación de pacientes crónicos pretende reconvertir, aumentar o mantener la capacidad funcional" (Alaen *et al.*, 1992).
4. "El objetivo de la rehabilitación es el logro de la completa ciudadanía de los usuarios: política, jurídica, civil y económica" (Saraceno y Montero, 1993).

En el contexto de la rehabilitación en salud mental se encuentra variedad de opiniones sobre el momento y el lugar donde comienza la rehabilitación. Unos profesionales opinan que la rehabilitación se inicia en el contexto sanitario u hospitalario, mientras que otros mantienen que la rehabilitación se inicia y debe tener lugar en la comunidad. Quizás ambas opiniones no sean antagonistas, sino sinérgicas. En los actuales sistemas de atención, y dependiendo del modelo utilizado, se situará la

rehabilitación en un lugar u otro. Desde la visión de la terapia ocupacional, el contexto comunitario tiene efectos más positivos para la ocupación que el sanitario. Trabajar con la persona en su medio sociocultural, debido al significado personal otorgado, tiene un impacto sobre la funcionalidad y los proyectos de vida que difícilmente se puede conseguir en el medio hospitalario. Pero también es una realidad que numerosos terapeutas ocupacionales trabajan en servicios de hospitalización y aplican procesos de rehabilitación e inserción en la población con enfermedad mental.

La rehabilitación no tiene un único nivel de acción ni es eterna. La intervención precoz es fundamental, porque el retraso en las intervenciones rehabilitadoras aumenta el deterioro y el proceso de pérdida de las personas (Vallina *et al.*, 2002; Liberman y Kopelwicz, 2004). Asimismo, aumenta el riesgo de que la persona comience a enrolarse en el papel de enfermo, iniciándose en compensaciones y beneficios secundarios. Aumenta también de este modo la visión estigmatizadora frente al loco, a lo diverso. Pensar que no hay que efectuar ninguna intervención rehabilitadora cuando una persona está ingresada en una unidad hospitalaria, hasta que reciba el alta y vuelva a la comunidad, es alejarse del paradigma de la recuperación y del derecho de atención que las personas tienen como ciudadanos. Los contextos no definen totalmente las intervenciones, aunque sí dan un orden, según el modelo de atención. De forma genérica, la rehabilitación se observa en los sistemas sanitarios y en los servicios de rehabilitación comunitarios. La integración es más frecuente en los recursos de apoyo, dependientes de servicios sociales, y en los departamentos de trabajo destinados a la discapacidad y/o a colectivos con riesgo de exclusión social. La inclusión, en teoría, se ubica en movimientos asociativos y en proyectos comunitarios. Existen experiencias en España en las que los terapeutas ocupacionales combinan intervenciones de rehabilitación, programas de integración y desarrollan procesos de inclusión en un mismo contexto.

2.2. La integración frente a la inclusión

El término "integración" tiene una gran variabilidad semántica, con diversas acepciones, que conlleva a una cierta ambigüedad. Generalmente, el término "integración" es utilizado en la práctica de salud mental para designar el proceso hacia la comunidad de las personas que atendemos. La integración social es un concepto surgido en la década de los 60 y ligado a los movimientos civiles que luchaban por los derechos de las minorías y de los grupos desfavorecidos de la sociedad, para proporcionar más oportunidades. Otra acepción del término es la interacción del individuo con su entorno, la pertenencia a un grupo social con espíritu de solidaridad y respeto, que interviene en su propia realidad con posibilidades de transformarla en beneficio propio y de la colectividad. Estar integrado socialmente significa satisfacer las aspiraciones y necesidades, tanto personales como sociales, asumiendo la responsabilidad y las obligaciones que como miembro de una sociedad le corresponde; en definitiva, significa poder dar respuesta a las demandas del ambiente ejerciendo los roles sociales. En este término incluimos la inserción o reinserción social y laboral, que son conceptos utilizados en los procesos de intervención

de los terapeutas ocupacionales y otros profesionales.

La integración social es concebida como un proceso dinámico y multifactorial en el que personas de diferentes grupos sociales se reúnen bajo un mismo objetivo o precepto. Es el proceso de formación integral de las personas con diversidad funcional, quienes, de forma dinámica y participativa, aceptan sus limitaciones y valoran sus capacidades. La integración propone una inserción parcial y condicionada (sirva de ejemplo la preparación para trabajar en el mercado ordinario de las personas con enfermedad mental en centros prelaborales o centros especiales de empleo). Las personas con enfermedad mental deben adaptarse e integrarse en los modelos existentes en la sociedad.

Por su parte, el concepto y fenómeno de la inclusión surge en la década de los 90. La inclusión es la interacción de la sociedad, sin importar la condición física, cultural o social de los miembros que la conforman. La persona, en igualdad de condiciones, tiene los mismos derechos y oportunidades de participación para su desarrollo fundamental como persona: salud, educación, trabajo, etc. La inclusión, entendida desde la práctica, pretende generar acciones para poder desarrollar un proyecto de vida digno y estable para los sectores más vulnerables, desprotegidos y discriminados. Atender a la dignidad de los *sin voz*. La inclusión tiene la finalidad de defender el derecho a la plena ciudadanía, independientemente de las características individuales, con el fin de proporcionar atención a cada persona en sus necesidades. Exigir ruptura con los sistemas y que se modifiquen para responder a las necesidades de toda la población en su medio sociocultural. La inclusión defiende los derechos de todas las personas como ciudadanos de pleno derecho. En definitiva, la inclusión pretende facilitar la integración, la cohesión, la justicia social y ocupacional, y busca que la sociedad atienda las necesidades de todos sus miembros sin excepción. Debe existir la corresponsabilidad. No vale mirar a otro lado, pensando que el diverso es el diferente y, por tanto, es el que debe realizar el esfuerzo de incluirse.

Uno de los ejes vertebrales de la inclusión es la justicia ocupacional. Existen aportaciones de la disciplina que abogan por que sea un objetivo fundamental de la terapia ocupacional. El concepto de justicia se introdujo en la profesión en el año 2000, a través de Elizabeth Townsend y Ann Wilcock. Se define como:

> … la promoción de un cambio social y económico para incrementar la conciencia individual, comunitaria y política, los recursos y la igualdad de oportunidades para el desarrollo de ocupaciones que permitan a las personas alcanzar su potencial y experimentar bienestar (Kronenberg, Simó y Pollard, 2007).

Por tanto, la inclusión es uno de los mayores desafíos de la terapia ocupacional en salud mental.

2.3. Los procesos de inclusión

El contexto lo es todo, y resulta necesario apreciar que el significado del hacer en las vidas de las personas varía según el contexto (Iwama, 2008). Encontrar el sentido y el

significado en aquello que llevamos a cabo para poder conectar con el sentido de la vida, ¿de qué otra manera podría realizarse? La vinculación que establecemos con el entorno es un acontecer que se desarrolla desde el momento del nacimiento y que nos acompañará hasta el momento de la muerte. De tal modo que de ninguna manera podemos escapar de la vinculación, necesaria por otro lado, para poder sentirnos y vivirnos en los "espejos" que los otros nos devuelven de nosotros mismos. No podemos escapar, como decimos, estamos atrapados en las relaciones vinculares que establecemos con el entorno y del entorno hacia cada uno de nosotros.

Partiendo del deseo de ese espacio conjunto, la misma Real Academia Española (RAE), en su construcción semántica del efecto de "comunión", menciona el hecho de la "participación de lo común, del trato familiar, de la comunicación de unas personas con otras". ¿No es acaso esto lo que todos proyectamos de algún modo cuando vivimos y necesitamos relacionarnos en comunidad? La respuesta es obvia. Algo que parece obvio y sencillo se repliega y se endurece, se constriñe y se complica para dar lugar a procesos de reclusión más que de inclusión. Uso de algunos espacios de comunidad en lugar de *con* y *en* la comunidad. Espacios estancos donde se juega a la inclusión cuando en realidad son prolongaciones de espacios de exclusión. Exhibición de carencias para una visión de asistencialismo. Espacios para el asistencialismo alejados del apoyo asistencialista. La brecha parece todavía clara. Mientras no entendamos que *somos*, siempre pensaremos que *son individuos,* discursos eternos y demagógicos relacionados con "lo inclusivo está muy bien…, pero lejos de mí". Deshacer esta madeja cada vez más enrevesada es cuestión de todos, de manera bidireccional, desde lo macro del sistema a lo micro de la persona. La utopía está en el hecho de percibir que el *otro* (el excluido) también aporta, que es, que tal vez la locura sea la vía menos mala para poder seguir siendo cuerdo en este mundo de locura.

2.3.1. Desde la comunidad

Muchos de los procesos de exclusión parten de la base de la no conciencia y del no conocimiento sobre las cosas. Si partimos de la idea primaria de que la incertidumbre es aquello menos tolerable por parte de las personas, dotar de certeza sería lo ideal para desmitificar, eliminar y suplir muchos de los mitos y dogmas que acompañan a los procesos de desconocimiento.

Desde la escuela, si partimos de la idea de que aprendemos en función de cómo nos relacionamos, en la base de desarrollo vital deberían "enseñarnos" a integrar, tolerar, sumar… personas y no situaciones. Lo interesante sería tal vez pensar que, desde los pliegos educacionales, la diversidad fuera asignatura obligada. De este modo podría entenderse que el otro, el diferente, también enseña, y no es, por el contrario, objeto de burla. Resulta fundamental que los sistemas educativos y correccionales desarrollen acciones dirigidas a la integración.

Formación de los nuevos profesionales, como vía de desarrollo para lo que luego "estará por llegar". Asignaturas obligadas de mirada holística sobre la enfermedad mental

y no acotadas al devenir de lo que se plasma en los manuales de diagnóstico, sin, por otro lado, generar la posibilidad de cotejarse con una realidad muy distinta. Preprofesionales acongojados ante el simple hecho de pensar en entrar en "contacto" con el otro, el "loco".

De los profesionales que perseveran en la "lucha de poder" frente a los que consideran más débiles y enarbolan discursos de recuperación. De aquellos cuya praxis está motivada más por preservar su *statu quo* que por la necesidad de ese otro, porque tal vez "remover y cuestionarse" sea una vía de conflicto. Desde una desinstitucionalización psiquiátrica pervertida con el tiempo, generadores de "no lugares", esos espacios de encuentro de guetos que acompañan a la exclusión.

Desde los medios de comunicación y su mirada perseverante sobre la carencia y no sobre el potencial. Sobre la búsqueda de lo morboso frente al desarrollo de competencias. La evitación a la objetividad para dar paso a una visión subjetiva del que lo escribe. Desde la publicidad y su empeño por conseguir algo que nadie posee y donde el "excluido" forma parte de algo que haya que eliminar.

Desde los poderes fácticos del sistema que inoculan el miedo como vía de dependencia y creación de necesidades ficticias para alejar las reales. Desde los poderes fácticos de las farmacéuticas y determinadas formas de psiquiatría, enrocadas en perpetuar personas subyugadas a un sistema dependiente, donde lo importante sea "cumplir" con la norma en lugar de reducir el sufrimiento. Desde la fragmentación de las bases del bienestar que crean sistemas de carencia y de invisibilidad fomentando situaciones de riesgo y permanencia en la exclusión.

2.3.2. Desde la persona, como motor de cambio y facilitación hacia los procesos de inclusión

El primer cambio se inicia desde uno mismo. Se invita a la elección de los dos caminos posibles. Uno dirigido al anclaje de lo complejo que puede llegar a modificar lo expuesto con anterioridad. Y otro encaminado a, desde el lugar y el momento de cada uno, hacer lo que se pueda. Al fin y al cabo, nos llenamos de razones que nos hacen elegir uno u otro sentido. La propuesta es un ciclo de acción-reflexión que lleve a poder pensar en lo que cada uno construye o "deconstruye".

Crear comunidades inclusivas —entendidas como comunidades donde todas las personas puedan participar como ciudadanos de pleno derecho a pesar de cualquier disfunción ocupacional (Cortina, 2005)— desde la promoción de ocupaciones significativas para la persona, donde esta se sienta y perciba en eficacia y competencia, conectada al estado de bienestar con un tratamiento digno como ciudadano de pleno derecho, uniendo sinergias y buscando alianzas, serán elementos clave para la verdadera inclusión.

2.3.3. Desafío desde el yo

Será en este apartado donde no se haga referencia a lo que tiene que hacer la persona con problemas de salud mental, sino a lo que cada uno como ser individual ha de transformar. Desafío que se inicia desde el cómo veo, cómo soy capaz de ver o mirar a ese otro. El viaje empieza desde aquí. El viaje para el acercamiento terapéutico al problema de salud mental empieza incluso antes de poder establecer el encuentro. Desde la antesala de lo que me imagino y la conceptualización previa sobre lo que pienso. En esa preconcepción de lo que espero y supongo que será aquel con patología mental. Esto ya de por sí es determinante, como lo es que, con suerte, la visión sesgada que pueda darse pueda ir flexibilizándose con el hecho del encuentro. De no ser así, nada será entendido.

Refiere Colina (2014) que "arrancar al paciente la confesión de que está enfermo, cuando, en el fondo, por mucho que finalmente lo proclame, ni lo cree ni lo entiende a ciencia cierta, lo que es eso que con tanto interés se le propone" marcará la diferencia. El acercamiento a la problemática mental dispara elementos de incertidumbre ; que la persona pueda identificarse como tal (es decir, como "loco") parece aliviar más la ansiedad confusional del profesional que la de la propia persona. De este modo, emerge en muchos casos, implícita y explícitamente, la necesidad de que la persona pueda disponer de esa llamada "conciencia de enfermedad". Así, desde la falacia de pensar que de este modo "nos irá mejor", propondremos (en el mejor de los casos) una serie de visiones y tratamientos hacia el otro basados en calmar aquello que el profesional siente en la necesidad de aparentar que tiene más controlado el terreno. Sin embargo, como apunta Colina, posiblemente la persona representa a un papel que nada tiene que ver con los deseos del profesional, que tal vez solo lo diga o haga para evitar la consecuencia; o por deseabilidad y deseo de que, de una vez por todas, este cese en su propósito. Un propósito hacia un tratamiento rehabilitador poco ajustado a la verdadera necesidad de este otro.

El desafío hacia el futuro está conformado desde el *yo*. Desde lo que a mí me concierne, desde mi mundo de significantes, desde una necesaria concepción del *otro* como *experto de vida* en esa relación de ayuda, con independencia del estado de perturbación que al otro le compromete. Solo él para conocer cómo se siente y qué es lo que piensa sobre sí mismo.

"Para mí lo normal es vivir el día, saber enfrentarte a tu día a día" (Mercedes, Jornadas Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial [AMRP] 2014). La experiencia en primera persona. Solo si respetamos a este otro, en la intención de conocer aquello que piensa y cómo siente, seremos capaces de poder facilitar el recorrido hacia los aspectos volicionales que le lleven a una acción diferente. Solo Mercedes conoce el significado que le otorga a su saber cotidiano, solo adentrándonos en ello seremos portadores de algo más sano. La imposición desde el *yo* frente al *otro* no lleva más que al enrolamiento en la enfermedad, pervirtiendo y frenando la salida hacia el afuera.

Este desafío de futuro que se propone deberá ser desde lo implícito a lo explícito. Desde los aspectos más micro de la relación a los más macro. En aquello que digo, pero

también en lo que no digo, en lo que veo, en cómo miro, en esas pequeñas cosas que van en la esencia de cada uno y que ningún libro enseña. La acción terapéutica emerge desde los principios éticos y teóricos que fundamentan la praxis (Desviat, 2014). Está pensada para una relectura del proceso de salud y enfermedad. Una coherencia entre la teoría y la práctica. Se está con el síntoma como defensa, el delirio como intento de reconstruir un mundo que se fragmenta, o se está con la falla neurofisiológica. Ya no es posible convivir entre dos alcobas y un tercero en la recámara. Es la necesidad de elegir qué práctica uno apoya. Desviat llama la atención sobre la necesidad "sí o sí" de la elección del profesional sobre qué lado de la moneda quiera mirar. Si colocamos el foco en el fallo biológico, la praxis quedará reducida a la aplicación de técnicas, a la terapéutica del aprendizaje y a un tratamiento educativo de modificación de la conducta. Y con ello, a una mirada de sujeto pasivo frente a un profesional "sabedor" y convencido de aquello que aquel necesita.

El desafío de futuro lleva a la apuesta por una práctica no condicionada a los *muros hospitalarios* (físicos y simbólicos), a un salirnos de la hegemonía reducida a una explicativa de lo biológico. A un campo de acción más amplio donde los saberes profanos (el discurso del "loco") tengan cabida, donde el síntoma sea considerado el reflejo de un sufrimiento, donde la narrativa intersubjetiva y subjetiva tiene cabida. Solo desde ahí se logrará que la persona no tenga necesidad de "vestirse de normalidad para poder estar entre los otros"; tal como Pau, experto de su vida, narra (Radio Nikosia, 2004).

2.3.4. Desafío desde la ocupación

Desde la línea coherente que marca la mirada que emerge hacia el otro surge la propuesta sobre el punto de partida y el encuadre hacia la conexión volicional que llevará a la acción. Esta será sencilla y compleja a su vez. Sencilla, porque el sentido común nos llevaría a pensar que nos movemos por aquello que nos moviliza. Nos ponemos en acción desde aquello que nos conmueve. Compleja, porque requiere del proceso minucioso de escuchar, validar y afinar sobre la hoja de ruta que marca el proceso de cambio. De la mayor profesionalización para la desprofesionalización más acertada.

Si partimos de la idea de que la ocupación no es inocua y que toda acción genera un cambio (en un sentido rehabilitador o iatrogénico), la propuesta de desafío de futuro irá encaminada a una propuesta de acción propositiva y con significado. Siempre estamos motivados (Botella y Feixas, 2008). Motivados para la acción, motivados para la inacción. Desde una explicativa de concepción vincular del desarrollo y mantenimiento de la enfermedad mental, entre la concepción psíquica del sujeto y las relaciones vinculares, la propuesta irá orientada a encontrar, redescubrir, hacer que emerjan ocupaciones tan o más motivadoras que el hecho mismo de estar en la inacción. De no ser así, la persona (ante la presión de lo que debería estar haciendo), llevará a cabo la tarea y calmará de este modo la ansiedad confusional del profesional que se la indica. Mientras el profesional "se calma", la persona seguirá sin estar conectada a aquello que más la motiva, a esa naturaleza ocupacional que hace que lo que está fuera resulte nada

conmovedor para salir de la inacción. O, en el peor de los casos, ocupará el tiempo por ocuparlo, sin sentido ni mayor significado.

La persona ha de percibir que la propuesta de acción es lo más coherente con su forma de entender el mundo. En su estado volicional, la noción de valor es equiparable a la de constructo nuclear (Botella y Feixas, 2008). "Los constructos nucleares son aquellos que gobiernan los procesos de mantenimiento personales, entendiendo dichos procesos como los implicados en la construcción de la identidad y existencia propias". Solo desde el respeto hacia lo que para el otro resulta nuclear será posible comenzar a aproximarse desde el modo exploratorio (Polonio, Durante y Noya, 2001).

2.3.5. Desafío desde la comunidad

El desafío de futuro desde la puesta en práctica de la alianza entre los diferentes saberes, los terapéuticos y profanos, desde los principios éticos que deberían marcar toda relación de ayuda y la confluencia de actores plurales. La comunidad, desde la propuesta de transición entre fronteras. Donde la frontera no se trazara por grupos y necesidades diferentes, sino por diferentes necesidades y, en consecuencia, por diferentes encuadres. Necesidades diferentes cubiertas desde un mismo enfoque de tratamiento.

La diferencia semántica y significante entre la idea de "insertar en la comunidad" o "ser o estar en el mundo". Miembros activos de una sociedad que exige sus derechos como ciudadanos. De personas "con derecho a", a "personas con derecho" a ser tratadas de manera igualitaria.

Desde modelos comunitarios de un mundo para todos. Desde un discurso de vulnerabilidad hacia el de la recuperación como ciudadano activo. De la comunidad asistencialista y paternalista a la inclusiva, donde el otro revierte su saber profano. Posibilitar la convivencia y que la sociedad aprenda a ser un poco más loca (Dozza *et al.*, 2011).

2.4. La inclusión desde terapia ocupacional

Lo social, el cambio, los agentes, los terapeutas, etc. Aparentemente diversos constructos que pudieran no tener relación y que, sin embargo, están llamados a buscarse, a encontrarse, a alinearse a través de un camino que permita generar, construir y propiciar un sentido de corresponsabilidad. De comunión con el otro. Porque lo que parece quedar claro es que la persona no se encuentra sola, sino en un contexto que debe facilitarle vivir, sentir, disfrutar, evolucionar, etc. La persona en su sentido único y holístico —por derecho, por sentido, por humanidad— debe tener presencia. Es labor de la profesión visibilizarla, darle voz a los que tal vez nunca la tuvieron por diversos factores, empoderarla para poder emprender el sentido de la vida en el lugar que les corresponde.

Existen problemas en las comunidades para que sus ciudadanos, los que padecen una enfermedad mental, puedan acceder y participar en ellas de una forma satisfactoria.

Uno de los desafíos de los terapeutas es construir, con las poblaciones, oportunidades que permitan la inclusión, la integración, la aceptación y, sobre todo, la participación. Las competencias de nuestra disciplina no se ciñen únicamente a contextos organizados o profesionalizados. La comunidad en su máxima expresión debe ser una dimensión prioritaria de la intervención. La finalidad es crear mecanismos, fórmulas o espacios que faciliten la interrelación de la comunidad con los ciudadanos en riesgo de exclusión, desde la accesibilidad y la equidad.

2.4.1. El papel del terapeuta como agente de cambio social

Cambiar es el proceso de metamorfosis. Es donde se producen los encuentros hacia la incertidumbre, aquello que hace salir de la zona de confort. Obligándose uno mismo a buscar aquellas reminiscencias que se dejaron adormecer, para poder resurgir, renacer.

Sin embargo, pareciera que este proceso no es tan sencillo. En este tránsito para el cambio, los miedos atenazan y se anclan en pensamientos de fracaso que promulgan y erigen a un superyo rebelde, mantras de fracaso, de estancamiento, afirmándose en contra, los beneficios de la zona de confort. El cambio solo está hecho para los valientes. Qué hubiera sucedido de no haber salido de la zona de confort tantos y tantos filósofos, poetas, pintores, pensadores… posiblemente nada, y nada se hubiera contado de manera distinta.

El enfoque marca la realidad, por eso es posible pensar en la utopía. Utopía necesaria para alcanzar la idea de otro mundo posible. Una utopía desde el sujeto, desde la propia persona. La función conmovedora de extrañamiento, de la necesaria búsqueda de las zonas más oscuras para hacer un ejercicio de catarsis y poder renacer. Llevar a cabo un proceso de repliegue y despliegue de uno mismo y, por contra, de la sociedad.

Tal vez pensar que no soy yo el que ha de producir el movimiento, que el cambio está fuera, sea una suerte de pensamiento que uno se apropia para no enfrentar y afrontar la modificación que necesariamente ha de darse desde dentro. Sin esto, seremos meros espectadores pendientes del momento del *cambio*. Y sucederán los días y los tiempos y el discurso será el mismo, no habrá espacio para reinventarlo. Según las evidencias científicas, de cuanta mayor estructura emocional dispongamos, mayor relación tendremos con el otro, con los otros, y, por ende, mayor capacidad para generar nuevos o renovados posicionamientos frente a la realidad. Modificar los dogmas que de manera paulatina parecen querer depositarse y se demanda seguir es fundamental para constituir uno de los canales de apertura para la necesaria exploración de nuestra capacidad creativa. Solo de este modo se promueve la singularidad de la persona y, por consiguiente, su capacidad de cambio.

La persona y el cuestionamiento de la realidad creada. Cuando cuestionamos las cosas que hacemos, el pensamiento nos conmueve, zarandea nuestros constructos para hacernos conectar con nuestro mundo interior. Aquel que nos lleva a generar la idea que nos conectará al pensamiento y tal vez de ahí a la voluntad, y de la voluntad a la acción y de esta al cambio. Sin embargo, se nos muestra el miedo, la rutina y lo acomodado para

seguir invisibilizando la necesaria metamorfosis. Para acallar la voz reivindicadora que poseemos y que los poderes panópticos inducen a permanecer. Pero cada día la vida vuelve a dar la oportunidad de desfusionarnos del miedo, de transformarlo como esa suerte de neurotransmisor que genera movimiento. Acotar lo que nos atenaza, para poder enfrentarlo desde un lugar de empoderamiento que permita predisponerse a una manera más libre, quizás conectada con la verdadera esencia del potencial que todos llevamos dentro. Por eso, la profesión genera proyectos, propuestas de nuevos métodos en *la comunidad* y *con la comunidad*, generando oportunidades de inclusión, de integración y de desarrollo.

2.4.2. Persona frente al terapeuta ocupacional

Sí es posible entonces. El cambio es viable. El terapeuta deberá enfundarse en el nuevo o renovado traje. Deberá salir de su *departamento*, de lo dado, de lo facilitado, para adentrarse en un mundo donde es sujeto activo. Resulta paradójico el paralelismo que se establece con los síntomas llamados negativos del sufriente por un diagnóstico mental. Tal vez esta aparente apatía sea más sintomática del miedo que de los efectos de la enfermedad. Porque tal vez el terapeuta en ocasiones adopta la pasividad como medio de desempeño, evita así arriesgarse a la incertidumbre que arroja el salirse de lo conocido.

Pero ¿por qué es importante el cambio? Porque el cambio genera movimiento, nuevos pensamientos, nuevas acciones y nuevas situaciones para poder crear una mayor igualdad de oportunidades. Entender que aquello que sucede a una persona sucede al resto, como las fichas de dominó. Que todo está más cercano de lo que parece porque hay mayor impredictibilidad de lo que la mente humana es capaz de pensar para poder sobrevivir. Y esta búsqueda de la equidad se inicia desde lo incipiente. Para ello, el terapeuta, primero persona, estaría llamado a mirar sus *agujeros negros*. Aquellos que todos poseemos y que, de no dominarlos, se colarán en la relación de ayuda que establezcamos.

Probablemente la primera parada, como decíamos, sea uno mismo. Y ahí es donde se germina el cambio para lo social. Así, la persona-terapeuta ganará en una mayor certeza para poder decir que aquello que inicia desde la relación de ayuda sea eso y no la banalización de la misma.

2.4.3. El terapeuta ocupacional en lo social

El terapeuta en lo social, como agente mediador para aquellas y aquellos que no son capaces de, por sí mismos, alcanzar y aproximarse a otro que evidencie y corrija la situaciones de exclusión en la que viven. Porque todo aquel que se encuentra en situación de diversidad padece parte de exclusión.

Apuntan Rosillo y Hernández (2013) que “cualquier persona que se pone frente a nosotros tiene la posibilidad de recuperarse. Vamos a máximos, porque a mínimos ya

tiene la capacidad". Siguiendo a estos autores, uno debe confiar y creer en las capacidades de ese otro; tal vez la misión del terapeuta sea generar el tránsito hacia los "máximos", estableciendo los canales y cauces necesarios para potenciar las capacidades de las que nos hablan. El terapeuta anclado en la idea de la esperanza inicia el camino con una mirada amplia. Sale de su departamento para contemplar que lo "máximo" está fuera. Y que para ello ha de debatir, confrontar, negociar… con aquellos en los que tal vez esto apenas esté incorporado o, inclusive, ni exista. Y una vez que inicia, que su mirada se amplía para dar opción a la inclusión de verdad, deberá hacerlo de manera técnica, amparado en el ejercicio ético de ofrecer la calidad de lo que trabaja dentro de sus departamentos. Ofrecer productos de calidad, hacer labor de *enganche*, en su término semántico de venta, de algo que es de verdad, algo que es bueno, algo que se ha conseguido desde los *mínimos* y que se nos planteaba con anterioridad.

La creación de sociedades más justas e inclusivas es posible desde el cambio de uno mismo. En el recorrido de lo micro (mi yo, yo como persona) para avanzar hacia lo macro y el encuentro que tendrá que ir dándose. El terapeuta como motor de cambio en aquello que parece lejano, utópico; llamado a seguir avanzando.

2.5. Iniciativas de cambio social impulsadas por terapeutas ocupacionales

Si, como alude Kronenberg, (2010, citado por García), "los terapeutas ocupacionales consideran a los seres humanos como seres ocupacionales y consideran necesario que tener una ocupación digna que dé significado a la existencia de la persona es tan fundamental para la salud y el bienestar como comer, beber y ser amado".

La parte proactiva de la visión de la disciplina le otorga un valor de acción, pero una acción premeditada desde unas bases sólidas que le den lugar. Visión proactiva conjugada con el ajuste de expectativas que requiere el saber que el camino que se pisa es arduo y de gran complejidad. Este ser proactivo debe ser desde la conciencia de lo que es posible. Marcar la hoja de ruta que llevará a esa proacción será el resultado de algo muy medido y premeditado. De lo contrario, este espíritu proactivo puede hacer caer en la trampa de una visión excesivamente protagonista de logro para su consecución. Consideraciones de que *gracias a mí*, *debido a mí* fuera posible, tan solo consiguen generar una mayor ansiedad confusional del profesional, y alejarlo del ímpetu necesario para seguir intentándolo si el resultado esperado no llega a ser posible. Las luchas con el propio ego también habrá que manejarlas. Lo suficiente como para que, aunque cause cierta herida narcisista, no sea un hándicap para abandonar las acciones hacia lo social.

El profesional "experto teórico" del que venimos hablando debe hacer un esfuerzo por ajustar las expectativas de cambio que pretende remover. Ajustar las expectativas supone un conocimiento exhaustivo del terreno que pisa. Al igual que han de emplearse esfuerzos en ese modo de atender y entender a la persona *experta de su vida* con el fin de promover cambios relativos a su proceso de vida, no menos esfuerzos habrán de desarrollarse para adentrarse en esa otra dimensión de lo *social*. Lo *social* englobado con su propio mundo de significantes y diferentes actores que mantienen un sistema con

características independientes en función del área que se investigue, pero con peculiaridades comunes a lo que también el *experto teórico* tuvo que poner en práctica al desarrollar los procesos de cambio en lo individual.

2.5.1. El agente de cambio, previa parada

La visión de la terapia ocupacional alude a que la disciplina ejerce una acción sobre las áreas de autocuidado, productividad y ocio; y como estas se construyen a partir de aspectos cognitivos, afectivos, físicos y espirituales en su relación con el entorno desde los ambientes físicos, institucionales, sociales y culturales, aumenta la perspectiva sobre el campo de acción del que los profesionales disponen. Este campo de acción será el que se derive de aquello en donde se pretenda incluir, así como de las características de la población con las que se interviene y las demandas que se originan para poder colaborar en ese alcance de metas. Sin embargo, y como punto previo, cabe destacar las características que debería tener aquel que es capaz de llevar a cabo la pretensión del cambio. Los profesionales terapeutas ocupacionales, deben entender e integrar que sus acciones se amplían más allá de las dimensiones micro que se derivan de un encuentro de dos. Los cambios sociopolíticos que se van generando y consolidando en el tiempo influyen en la intervención y en el campo de intervención de los profesionales terapeutas, así como en las expectativas o en lo que se espera de ellos.

En la evolución de la disciplina, la intervención o la idea del cambio se iniciaba en esa relación de dos y se ceñía a ella. En esa capacidad de metamorfosis de ese pequeño mundo. El mundo giraba en torno a ello; y de ahí que el profesional tratara de inducir elementos para la recuperación. Poco a poco, con el tiempo, la creación de nuevas necesidades y, por consiguiente, de nuevas demandas, va obligando a que el campo de intervención vaya, cada vez más, en aumento. La atención centrada en la persona se amplía si la mirada que se cierne sobre ella es la de la capacidad de autogobernación. La coherencia para el ejercicio de la praxis vendrá de la mano de una hoja de ruta marcada por esa teorización sobre la concepción de la persona como experta de vida y, en consecuencia, con necesidades y derechos. Y por consiguiente, un sistema social que tiene que dar respuesta a estas necesidades. Desde ahí, puede que sus necesidades y aspiraciones sean otras, lo que obligará al profesional, *experto teórico*, a que camine con ella y faciliten ambos el terreno de eso tan citado: la inclusión. El primer paso para el cambio llega de la mano de lo que el profesional es capaz de creer y superar.

2.5.2. El agente de cambio y la comunidad inclusiva

Los procesos de desarrollo de proyectos con personas deben basarse en la continuidad como uno de los ejes fundamentales sobre los que diseñar una hoja de ruta marcada con un inicio, un porqué y para qué y cuál será la metodología que habrá que emplear. Desde esta perspectiva, la hoja de ruta exigirá una serie de estrategias para pensar a las que se

alude a lo largo de la guía y otras para poder intervenir. Seguir el mismo patrón de pararse a pensar cómo pretende desarrollarse será el primer paso de donde partir con el fin de no errar en la creación de algo que será un sucedáneo, pero que no supondrá ni el cambio para la persona ni para lo social tal y como estaba destinado.

También aquí habrá que ser premeditados y ajustados a una realidad. Ajustar expectativas desde la misma preconcepción de la idea y durante el desarrollo de la misma será la principal tarea. Porque sobre ella habrá que ir negociando y ajustando, moderando y limando aquello que se desajusta en el recorrido. La propuesta para alcanzar el cambio viene de la misma voluntad para ir cambiando lo que se aleja del camino. Por eso, la voluntad del *experto teórico* está en conocer la realidad que pretende cambiarse en todas las esferas y contemplando todas las miradas. El conocimiento sobre a qué se pretende arribar será el elemento clave para el diseño de una hoja de ruta adecuada en coherencia con un tratamiento de inclusión real.

La necesidad de aplicar propuestas de cambio que sigan una coherencia y lleguen a transformar verdaderamente, como se pretende, lo social. Desde una intención positiva, puede correrse el riesgo de promover espacios que en origen pretendían ser inclusivos y que, sin embargo, resultarán prolongaciones *de exclusión*, pervirtiéndose así el sentido inclusivo con el que nacían. No dejarían de ser en ese caso espacios de desarrollo para el uso en la comunidad, pero sin la comunidad. Uso de espacios para unos pocos ("los excluidos") que por el simple (y complejo por otro lado) uso de la logística que proporcionan los elementos de la comunidad, se atribuye a que pueda estar produciéndose el cambio tan ansiado en la inclusión. De este modo, paradójicamente, tan solo aumentarían las probabilidades de contribuir a mecanismos de mayor exclusión.

Los cambios vendrán de lo inclusivo, del verdadero uso de y con la comunidad como un agente más para el cambio en el proceso de recuperación de la persona y para la generación de un cambio de mirada en ese sistema social al que se dirige la acción. El enfoque de mirada cambia. La propuesta se aleja de una visión samaritana y, por ende, asistencialista del que lo pueda llegar a facilitar. No se trata de praxis dirigidas a potenciar una mirada desequilibrada hacia la persona con problemas de salud mental, sino de que esta es capaz de contribuir al bienestar del propio sistema social que la aleja. La propuesta se basa en considerar una sociedad inclusiva donde el tratamiento sea igualitario con independencia del motivo de diversidad funcional de los miembros que la engloben.

Es un sistema social que cuenta con la persona (en situación de diversidad) como herramienta de potenciación de su propio sistema. Que el sistema le necesita para poder contribuir a una mirada de verdad holística, un tratamiento de iguales, un uso de la comunidad como ciudadanos de pleno derecho. Que para el sistema genera un beneficio, de uso y de ampliación, de enriquecimiento sobre las ideas que lo iniciaron. Que la entrada en la comunidad a la que se pretende acceder ya no será la misma. La metamorfosis se inicia cuando hay una participación de todos. Como un efecto de retroalimentación sana. Tal vez pueda resultar lejos esta propuesta y hasta tal vez se pueda considerar que se aleja de una realidad factible. Sin embargo, no fue eso lo que

pensaron los compañeros de profesión que con su mirada, su teoría y práctica instalaron nuevas formas de relación en y con la comunidad.

Sería inviable relatar todos los ejemplos existentes de cambio social promovidos por terapeutas ocupacionales. Siempre nos dejaríamos a alguien. Porque no solo están aquellos que aparecen en la primera línea por publicación o manifestación de evidencia, sino también aquellos que se reservan, pero que también favorecen la metamorfosis necesaria para la generación de una comunidad inclusiva. El objeto de sete capítulo es ahondar en la idea de que los terapeutas ocupacionales también estamos llamados a favorecer este camino desde el encuadre que la disciplina acota. La invitación está hecha; los medios, al alcance; y el deseo de que se realice es intenso.

Existen en España múltiples experiencias prácticas de cambio social, impulsadas bien por terapeutas ocupacionales, bien en colaboración con otros profesionales. Como ejemplo de algunas de las iniciativas de cambio social, presentamos las últimas experiencias descritas en las XV Jornadas Estatales de Terapia Ocupacional, que llevaron el lema "Buenas prácticas. Hacia la independencia. Mente y movimiento", organizadas por la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO, www.apeto.com) en el 2015.

✓ *Caminando juntos. Camino de Santiago… Camino de rehabilitación*

- *Autora:* Cortes Felguera Unghetti. Terapeuta ocupacional CRPSL AFAEPS. Albacete.
- *Tipo de propuesta:* Proyecto del camino de Santiago.
- *Breve descripción:* El proyecto "Camino de Santiago… Camino de rehabilitación" comienza en el año 2003 con la idea de practicar una actividad de ocio que facilitara, en un entorno natural, la puesta en práctica de todas las habilidades que se entrenan el centro de rehabilitación psicosocial: ocio, actividades de la vida diaria, psicomotricidad, habilidades sociales, autocontrol y habilidades cognitivas, etc. En el camino, su entorno y lo que conllevaba recorrer la etapa diaria nos permitiría sacar a la luz las habilidades de las personas con las que trabajamos diariamente. El 2003 era el Año Europeo de las Personas con Discapacidad y pensamos que era un momento inmejorable para llevar a cabo un proyecto paralelo de sensibilización. En el camino cambiamos todos los días de lugar, pasamos diariamente por diferentes pueblos y ciudades, y esta circunstancia era un buen marco para dar a conocer las habilidades de las personas con enfermedad mental y ofrecer una imagen positiva de ellas.

  A raíz de aquella idea, durante 11 años hemos seguido recorriendo caminos y el proyecto ha sido reconocido con los premios Manuel Veiga AEN-CLM, en 2003, y Toda una Vida para Mejorar, de FEAFES España y la Sociedad Española de Psiquiatría en 2006.

Durante estos años hemos llevado a cabo varias iniciativas:

- Venta de "Kilómetros de Rehabilitación", buscando que empresas y particulares conocieran nuestro proyecto y patrocinaran la actividad, con la compra de kilómetros, simbolizando en cada uno de esos kilómetros que las personas con enfermedad mental demostraban sus capacidades para superarse y vencer las dificultades, transmitían su ilusión, vencían sus miedos, rompían los falsos mitos e informaban sobre su enfermedad.
- Durante varios años hemos sido repartidores del periódico semanal gratuito *Gente de Albacete*, por toda la ciudad: calles, centros de salud, hospitales, bancos, bares…
- Y estos últimos años hemos organizado la "primavera cultural", donde, a través de la cultura, generamos un programa de sensibilización que a la vez nos permite financiar parte de las actividades de ocio del centro; teatro, cine, cuentacuentos, galas musicales, exposiciones de pintura y charlas donde la salud mental era la protagonista. Abríamos nuestras puertas en el mes de mayo para que la cultura lo invadiera todo, propiciando un momento para conocer, compartir y colaborar en nuestros proyectos.

✓ *Yo elijo: soy voluntario. Ofreciendo oportunidades de ser y de hacer. Experiencia con animales, proyecto Burrolandia*

- *Autora:* María Acosta Benito. Terapeuta ocupacional. Centro de día Aravaca. Red de atención a personas con enfermedad mental. Comunidad de Madrid. Consejería de Servicios Sociales. Gestión Hermanas Hospitalarias.
- *Tipo de propuesta:* Proyecto de voluntariado en colaboración con un centro de animales: Burrolandia.
- *Breve descripción*: Podemos pararnos a mirar unos instantes nuestro interior, detenernos, aunque solo sea un instante, y revisar desde qué prisma observamos a las personas a las que ayudamos diariamente. "Capacidad" o "independencia" son términos que los terapeutas ocupacionales empleamos como parte de nuestra jerga profesional. Pero ¿nuestra visión capacitadora tiene límites?, o, por el contrario, ¿somos capaces de mirar hacia el infinito?

  Día a día, en nuestra convivencia podemos observar o escuchar cómo muchas personas con trastorno mental grave y/o duradero, en su caminar por la vida, han dejado a un lado o nunca han tenido la oportunidad de desempeñar todos o algunos de los papeles que, cotidianamente, otras personas realizan: han tenido que renunciar a un trabajo, abandonar unos estudios, han perdido a sus amigos de siempre, se han visto relegados en las

tareas domésticas… tras estas experiencias, los terapeutas ocupacionales somos un agente esperanzador de cambio.

En este marco de intervención se evidencia la necesidad, en la población adulta con trastorno mental grave y/o duradero, de encontrar una identidad a través de actividades productivo-laborales. Y desde esta perspectiva se ha creado un proyecto de voluntariado con animales con el objetivo fundamental de ofrecer oportunidades de ser o identificarse con un rol productivo y de hacer o desempeñar actividades significativas. Los resultados de esta iniciativa han sido positivos desde el primer momento, evidenciando la capacidad de las personas de asumir o retomar nuevos roles. Somos agentes de oportunidad para la creación de una identidad ocupacional que posibilite la construcción de un sentido vital. Somos piezas clave para que el paso a paso de las personas que acuden a nosotros avance hacia el desempeño de los roles que ellos mismos elijan. Muchas de estas personas ya se han pronunciado y han iniciado pasos hacia esa construcción personal: *yo elijo: soy voluntario.*

✓ *El primer vínculo. Experiencias de prevención en la primera infancia*

- *Autora:* Elisa Sesé Sanz. Casa Verde, programa de prevención para hijos de personas con enfermedad mental de Fundación Manantial.
- *Tipo de propuesta:* Programa de prevención, apoyo y seguimiento para hijos de personas con enfermedad mental grave y crónica.
- *Breve descripción*: Casa Verde surge de las necesidades relacionadas con la prevención de futuras alteraciones psíquicas y con el fin de tratar de disminuir los factores de riesgo social en los hijos de personas con enfermedad mental grave y crónica. Estos niños constituyen un grupo de población con importante riesgo de desarrollar una patología mental en la edad adulta. Nuestra metodología tiene por objeto de trabajo el vínculo entre la madre y el niño El primer vínculo es el que se establece con la madre, con los padres. Algunos a eso le llaman *apego* y es lo que guía las experiencias de encuentro con los otros que tenemos a lo largo de la vida. Si nos paramos a pensar en el modo en que establecemos esos primeros contactos, posiblemente podamos llegar a conclusiones sobre nuestra manera de relacionarnos con los demás y con el mundo. Nuestra práctica cotidiana como terapeutas ocupacionales se basa en la relación terapéutica que establecemos. Reflexionaremos acerca de cómo deberíamos acercarnos, relacionarnos, cómo debería ser nuestra praxis para poder establecer un vínculo saludable, positivo, que genere confianza e inclusión.

✓ *Cambiando el rol: Programa de voluntariado en un centro de día de mayores*

- *Autor:* Miguel Ángel Molina Portillo. Terapeuta ocupacional. Centro de día de apoyo y soporte social de Latina (red pública de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad Autónoma de Madrid).
- *Tipo de propuesta*: Programa de voluntariado o cooperación mutua entre distintos colectivos.
- *Breve descripción:* El objetivo principal del programa es crear un espacio de colaboración que facilite que se experimenten sentimientos de utilidad, se asuman nuevos roles y se compartan nuevas experiencias con personas de otros colectivos.

  Contactamos con recursos de nuestra comunidad para presentar un programa de voluntariado o cooperación mutua entre distintos colectivos a través del cual procurar incrementar la percepción y el sentimiento de utilidad derivado del hecho de hacer algo por los demás, promoviendo un cambio de rol, de "receptores" de cuidados a "cuidadores" de personas con otras necesidades.

  El centro de día de mayores Caramuel acogió nuestra iniciativa y comenzamos una labor común. Inicialmente concertamos encuentros entre los distintos usuarios de los centros para que se conocieran, compartieran experiencias, charlaran, etc. Se realizaron actividades lúdicas grupales ideadas por ellos (paseos por el parque, juegos al aire libre, etc.) tratando siempre de crear un ambiente distendido y facilitando la participación y colaboración entre todas las personas asistentes. A partir de esta experiencia hemos observado que todos los participantes, en la medida de sus posibilidades, han asumido adecuadamente el rol de voluntario acompañando y ayudando a los mayores. Dentro del grupo de labores se han creado vínculos estrechos que han generado encuentros entre ellos de manera independiente y continuada. También les ha ayudado a conocer los problemas de otros colectivos, promoviendo sentimientos de empatía y solidaridad ante las necesidades de otras personas.

✓ *Collage de recuerdos*

- *Autora:* Silvia Ramos Sánchez. Terapeuta ocupacional. Hospital universitari Mútua de Terrasa. Unidad de Psiquiatría de Subagudos. Barcelona.
- *Tipo de propuesta*: Proyecto de colaboración entre entidades sanitarias (corta estancia hospitalaria) y agentes comunitarios del territorio (Museo Textil, Centro de Documentación y una artista).
- *Breve descripción*: Desde 2013 se desarrolla una iniciativa de rehabilitación psicosocial a partir de un proceso creativo, conjuntamente con el Centro de Documentación, el Museo Textil (CDMT) y la artista visual Irene Pérez. El proyecto consiste en cuatro sesiones de trabajo, en las cuales usuarios,

profesionales y familias realizan una serie de bordados individuales a partir de un recuerdo personal positivo, los cuales, posteriormente, se unen y dan lugar a un *collage* textil. Los objetivos son los siguientes: sentirse miembro de un grupo con un objetivo común, trabajar la capacidad de atención en una única tarea durante un período prolongado (dos horas), experimentar la satisfacción obtenida al comenzar y finalizar una tarea (el bordado), tomar consciencia respecto a su capacidad para aprender una tarea nueva, implicar a las familias y/o personas del entorno próximo de los usuarios para favorecer su rehabilitación y ampliar el conocimiento. Los instrumentos utilizados han sido el consentimiento de imagen de todos los implicados y una encuesta a usuarios y familiares o allegados para conocer su percepción de la actividad y valorar los objetivos.

✓ *Intervención contra el estigma en población joven mediante procesos de capacitación y empoderamiento a personas con enfermedad mental*

- *Autores:* Miguel Ángel Escudero López (terapeuta ocupacional; centro de rehabilitación laboral Aranjuez), Ana Abad Fernández (terapeuta ocupacional; Grupo5, Gestión y Rehabilitación Psicosocial [Madrid]).
- *Tipo de propuesta.* Proyecto de intervención contra del estigma a través del arte.
- *Breve descripción:* Desde el centro de rehabilitación psicosocial Latina y desde el centro de rehabilitación laboral Aranjuez pretendemos crear contextos inclusivos a la vez que perseguimos el empoderamiento de las personas a las que atendemos. Para ello damos continuidad a un proyecto que aborda el estigma hacia las personas con enfermedad mental en jóvenes del sur de la Comunidad de Madrid, empleando como agentes de sensibilización no solo a profesionales del campo de la salud mental, sino también a usuarios de estos recursos. Se pretende reducir el estigma hacia la persona con enfermedad mental por medio de dos intervenciones distintas. Dicho proyecto consta de una fase de evaluación (A) y otra de intervención (B), mediante la psicoeducación y el programa de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte (PCEA). La primera es llevada a cabo por profesionales de la salud mental, mientras que en la segunda, quienes la ponen en funcionamiento son personas usuarias de servicios de salud mental. En este estudio se evalúa el impacto de ambas intervenciones conjuntamente. Con los resultados obtenidos podemos concluir que la combinación de sesiones de psicoeducación más el contacto significativo con personas con enfermedad mental a través del PCEA parece reducir las ideas negativas hacia dichas personas.

2.5.3. Desafíos de futuro

Perseverar en aspectos, teorizaciones y prácticas poco eficaces no es una estrategia que se deba seguir. Los esfuerzos irán destinados, desde una visión holística, a moldear la mirada para que la persona se perciba protagonista con capacidad de decisión, por pequeña que esta sea. La mirada debe ser guiada desde el sentido de corresponsabilidad compartida. Hablar de autonomía carece de sentido si no es bajo esta mirada, dar valor cero a los conceptos aplicados a la práctica evidencia la debilidad y la falta de creencia del profesional respecto a su cometido.

La persona ya ha perdido demasiado tiempo de recorrido vital, imbuida en perturbaciones propias y sociales que frenaron aquellas expectativas que toda persona imagina para su vida. El desafío de futuro está por delante. El de contribuir a que la teorización, la práctica que recibe y el tratamiento social sean los de no seguir sumando factores paralizantes, sino, más bien, mutar hacia aquellos potenciadores y facilitadores de una nueva cocreación, una forma sana y menos dolorosa de contarse su propia historia. Como alega Quino (2008) en una de sus reflexivas y siempre acertadas viñetas, no se trata de pensar "mientras a mí no me toque", porque siempre toca. Más tarde o más temprano toca. De una manera más directa o indirecta, de una forma más cercana o lejana. Nuestro posicionamiento ante estas situaciones nos define en parte como miembros de la sociedad. Porque somos parte de un todo. Y lo que afecte a un lado afectará al otro. Visto en cadena y en efecto dominó. Las fuerzas del cambio son insondables.

Basamos la práctica en tratar de potenciar un cambio de la persona en su relación con el medio (si esto le hace incapaz de cumplir con aquello que se proponía), sin darnos cuenta de que esa misma potencia del cambio, del vínculo, de una nueva forma de ver, de la transformación posible, la dejamos a un lado cuando entendemos que eso solo sirve para la práctica con otros pero no para *la propia práctica*. Esa que me lleva a entender que soy uno frente a un todo y, por tanto, mi responsabilidad de uno frente a ese todo. Porque el todo es necesario para ese uno. Y que de la metamorfosis de ese todo nacerán las expectativas de cambio para ese uno.

Del eje vertebral que marca la profesión —persona, ocupación y entorno— es de donde emergen las propuestas para estos desafíos de futuro.

3

La misión y la visión de la terapia ocupacional en salud mental

Trabajar en el ámbito de la salud mental significa comprender las líneas, los procedimientos, los métodos y las estructuras. Es necesario conocer las políticas territoriales y los planes estratégicos que marcan las acciones que se habrán de seguir (por ejemplo: Plan de Acción Europeo de Salud Mental 2013-2020 o la Estrategia en Salud Mental 2009-2013 del Sistema Nacional de Salud). Los planes estratégicos son instrumentos de ejecución de las políticas europeas, nacionales, autonómicas o municipales y se conciben como una de las herramientas fundamentales para el trabajo coordinado.

Discernir las líneas de acción significa valorar las posibilidades a corto y largo plazo de la intervención ocupacional y construir sobre una realidad que nos envuelve. El continuo debate en la profesión sobre la realización de actividades es un terreno perdido que lleva implícita la desviación del paradigma de la ocupación. El desconocimiento no debe ser la excusa de las organizaciones para omitir el *porqué* de la realización de ciertas aportaciones desde la óptica de la ocupación.

El planteamiento de la intervención ocupacional, su orientación, propósito, proceso, recursos y el tiempo necesario para aplicarla requieren un análisis que no puede ser ignorado, puesto que son factores que impactan directamente en la calidad de la intervención. El desconocimiento del rumbo y de los objetivos que se pretenden alcanzar provoca que se ejecuten intervenciones incorrectas y/o iatrogénicas.

En la actualidad, los conceptos utilizados en el mundo de la gestión empresarial —tales como la certificación de calidad, la atención por procesos o la reingeniería de los mismos— están presentes en el mundo de la salud. Su sentido empresarial no difiere en exceso del mundo sanitario o social, ya que buscan la eficacia y eficiencia de las intervenciones desde una perspectiva de empresa. Todo ello comporta, necesariamente, que los terapeutas ocupacionales aprendan a elaborar planes estratégicos de la disciplina, dentro del marco de la calidad. De este aspecto se deriva uno de los elementos más complejos de la práctica asistencial: aprender a generar tácticas dentro de las organizaciones, basadas en principios de calidad y congruentes con el paradigma de la

ocupación. El plan estratégico es parte fundamental para desarrollar la misión y visión de la profesión. El proceso de formulación de una estrategia implica el análisis ambiental, el reconocimiento de las situaciones y las tendencias complejas que se deben afrontar, así como la identificación del estado de la organización, sus dinámicas, y, por último, la exploración de las oportunidades, posibles y factibles dentro de la misma. De acuerdo con estas premisas se construye el plan estratégico, que es la base para el proceso de organización de los planteamientos de los terapeutas ocupacionales.

3.1. La misión de la terapia ocupacional

La misión es una declaración de principios, la razón fundamental de *estar* como disciplina y de *actuar* como profesión. Incluye las metas y objetivos, la aportación, los beneficios de la intervención y los métodos. En definitiva, es la reflexión que han de realizar los terapeutas ocupacionales de una organización para materializar un planteamiento global sobre la población, colectivos, individuos y sistemas.

En la figura 3.1 se ilustra un esquema de los elementos implícitos en la misión de la terapia ocupacional.

Figura 3.1. Elementos de la misión profesional.

Además de los elementos que constan en la figura 3.1, es recomendable responder a

las preguntas listadas en el cuadro 3.1. Sus respuestas ayudarán a definir la misión en los diferentes puestos de trabajo.

Cuadro 3.1. Preguntas para definir la misión

- ¿Por qué existimos? ¿Cuál es nuestro propósito básico?
- ¿Quién es nuestro usuario o ciudadano objetivo?
- ¿Dónde se encuentran los individuos o colectivos susceptibles de requerir nuestra actuación?
- ¿En qué sector o servicio debemos estar?
- ¿Qué valor obtienen los usuarios o ciudadanos?
- ¿Qué necesidades podemos satisfacer?
- ¿Por qué vamos a satisfacer estas necesidades?
- ¿Cuál es nuestra cartera de prestaciones, productos o servicios presentes o futuros?
- ¿En qué nos distinguimos de otras profesiones?, ¿qué característica especial tenemos o deseamos tener?
- ¿Cómo mediremos el éxito de la misión?
- ¿Qué aspectos filosóficos son importantes para el futuro de la disciplina?

De manera genérica, la misión de la terapia ocupacional en salud mental debe contribuir a y desarrollar la promoción de la salud ocupacional de las personas, las poblaciones y las organizaciones mediante la felicidad, satisfacción, bienestar, el compromiso y la participación en los diferentes procesos de rehabilitación e inclusión. A través de los métodos y procedimientos ocupacionales más adecuados a cada situación sanitaria, social y/o laboral de los individuos y colectivos con enfermedad mental, o con riesgo de sufrirla.

Esta misión de la disciplina se desarrolla en multitud de escenarios sanitarios, educativos, sociales, laborales y judiciales, así como en cualquier lugar o situación de la comunidad.

3.1.1. La misión de los servicios

Cada centro, servicio o dispositivo está diseñado para cubrir una serie de necesidades específicas dentro de la red de atención. Este es uno de los factores diferenciadores en el desarrollo de las funciones de los terapeutas ocupacionales en los diversos contextos asistenciales. Por ejemplo, la misión de las unidades de agudos es distinta a la de las unidades de larga estancia.

Hay que diferenciar entre la misión de la profesión y la de los servicios o recursos de salud mental. En esta línea, es coherente pensar que la misión de la disciplina debe estar en consonancia y guardar el equilibrio con la de los servicios u organizaciones. Para

comprender la misión del contexto se aportan en el cuadro 3.2 preguntas para reflexionar.

Cuadro 3.2. Preguntas para definir la misión del contexto laboral

- ¿Dónde trabajo?
- ¿Qué misión tiene el dispositivo o servicio?
- ¿Cuál es su historia?
- ¿Qué características tienen los usuarios a los que atiende el centro?
- ¿Qué tratamos de conseguir con nuestra actuación? ¿Hasta dónde queremos y podemos llegar?
- ¿Nuestra misión es compatible con la misión del contexto laboral?
- ¿Cuáles son nuestros valores? ¿Es posible proyectarlos en las acciones?
- ¿Cómo logramos resultados?
- ¿Cómo nos enfrentamos al cambio?
- ¿Cómo equilibrar entre nuestra misión y la del lugar de trabajo?

Por consiguiente, es fundamental conocer y analizar la misión y los propósitos del contexto donde se diseñan los programas o las propuestas de la intervención ocupacional. La misión abarca el plan, los programas y las acciones. El plan engloba el conjunto de problemas y necesidades ocupacionales y tiene como referencia un ámbito (espacio-población). Finalmente, los programas-proyectos abarcan solo un problema o un conjunto de ellos que están íntimamente relacionados (situación-problema). En definitiva, el plan estratégico es la suma de programas y por ello se recomienda comenzar por la misión.

3.2. La visión de la terapia ocupacional

La visión es la forma de percibir e interpretar los fenómenos que le ocurren a la población en determinados contextos y las *posibilidades-límites* de las alternativas ocupacionales que imaginamos. Es la mirada piramidal del alcance de las posibilidades de nuestra intervención, desde una perspectiva basada en los proyectos de vida y el desempeño ocupacional. La visión de los terapeutas ocupacionales en salud mental incluye:

1. *La definición del conjunto de valores y del estado ideal* deseado que se pretende alcanzar desde la práctica profesional. Los valores son los principios éticos de la disciplina y permiten crear pautas de comportamiento, son la personalidad de la profesión y responden a preguntas del tipo: ¿cómo somos?, ¿en qué creemos?
2. *El destino y la situación óptima* que concreta el *qué*, el *cómo*, el *cuándo* y el

por qué. La delimitación de los tiempos y el control del impacto son variables que se han de definir en el propósito de la intervención. También lo es el mapa de propuestas, métodos y mecanismos, desarrollados según las necesidades de ocupación de una población o individuo, y de las oportunidades de su contexto. Sin visión de futuro, las acciones carecen de sentido; una perspectiva clara alienta y define el rumbo, a pesar de las dificultades que se puedan encontrar. Determinadas visiones, lógicamente, derivan en determinados procedimientos, por eso la intervención ocupacional es tan creativa y variada.

3. *El punto inicial y final* al que se pretende llegar con los procesos de organización e intervención. No es un paso más de la metodología, es un eje decisivo de la praxis profesional en los diferentes escenarios. Engloba los principios descritos a lo largo de la historia adaptándolos a las diferentes realidades que existen en toda la geografía nacional. Definir es concretar el punto clave de la acción. Es la declaración anticipada del futuro deseado. Son los deseos factibles y compartidos para la salud ocupacional de las poblaciones a las que se atiende.

La conciencia del contexto respecto a la comprensión de la misión y visión de la terapia ocupacional es un barómetro útil para detectar si se facilita o inhibe la implementación de los planes ocupacionales. En la práctica encontramos ejemplos de este hecho: ¿por qué hay terapeutas que desarrollan funciones de gestión o de dirección de dispositivos y de equipos de trabajo? O por el contrario: ¿por qué hay terapeutas ocupacionales que realizan tareas antagonistas a su perfil y competencia profesional? En ambas preguntas la visión tiene mucha relevancia y es el primer punto de ayuda para equilibrar la intervención en estas situaciones de actuación.

Los terapeutas ocupacionales debemos ser los primeros que identifiquemos y desarrollemos una visión que en algunos profesionales del colectivo no resulta claramente definida, para, una vez logrado, facilitarla y ayudar al contexto de trabajo a entenderla. Si no existe una creencia interna en lo que se hace o se va a hacer, resulta incoherente que exijamos al contexto que nos rodea que lo haga por nosotros.

Trabajar sin una visión de los valores y principios de la profesión genera incertidumbre y ansiedad profesional por no saber hacia dónde ir; además, disminuye la motivación hacia la propia disciplina.

Igual que la filosofía determina la metodología, la visión marca la acción. Es complicado especificar *cuál* es la visión más adecuada para el ámbito de salud mental, dado que es una pregunta con muchas respuestas. Analizar, reflexionar y definir un punto de partida es concretar un comienzo sobre la forma de trabajar y el propósito de la intervención. No hay que olvidar que *quien pierde su origen, pierde su identidad.*

En conclusión, tener una perspectiva definida de cómo *comprendemos* las realidades (globales, personales, contextuales y temporales) y de hasta dónde se pretende llegar es uno de los factores fundamentales de la práctica de la terapia ocupacional. Esta hoja de

ruta definida reporta certeza y profesionalidad manifiesta.

3.2.1. La importancia de la visión en la práctica cotidiana

En la práctica cotidiana, la visión permite describir el propósito de la intervención ocupacional y los elementos que van implícitos en el proceso de organización y en los procedimientos de evaluación e intervención.

Además facilita la creación de un abanico de alternativas ocupacionales diferentes a las tradicionales o predeterminadas por los sistemas y refuerza la especificad del abordaje ocupacional. La visión suministra la energía emocional y espiritual para la intervención. Tener una visión global de la ocupación humana es el alma del planteamiento estratégico.

En esta línea, la forma de *entender* el fenómeno de la rehabilitación, la integración y la inclusión engloba la creatividad, la innovación y la flexibilidad de los métodos y procedimientos basados en la interacción dinámica de las personas con sus ocupaciones y entornos. La interacción dinámica es un concepto central del desempeño ocupacional, que precisa de complejos procesos de análisis e intervención para ser beneficioso para la salud. Un sistema estático y orientado únicamente a los componentes de la enfermedad es limitativo en el tiempo y en los resultados.

La visión traza el camino a corto, medio y largo plazo de los cambios que se pueden realizar en los contextos y del posicionamiento que hacemos con las personas en su proceso de vida, tal y como muestra la figura 3.2.

Por último, determinar el alcance de la óptica del terapeuta ocupacional es una manera de ser consciente de cuánto se acerca o aleja la práctica profesional de la situación deseada. La situación deseada es el resultado de esa perspectiva que se construye a partir de la misión y la visión. Ser conscientes de lo que funciona o no en la práctica diaria es uno de los principios éticos y de calidad asistencial.

La visión determina la realidad

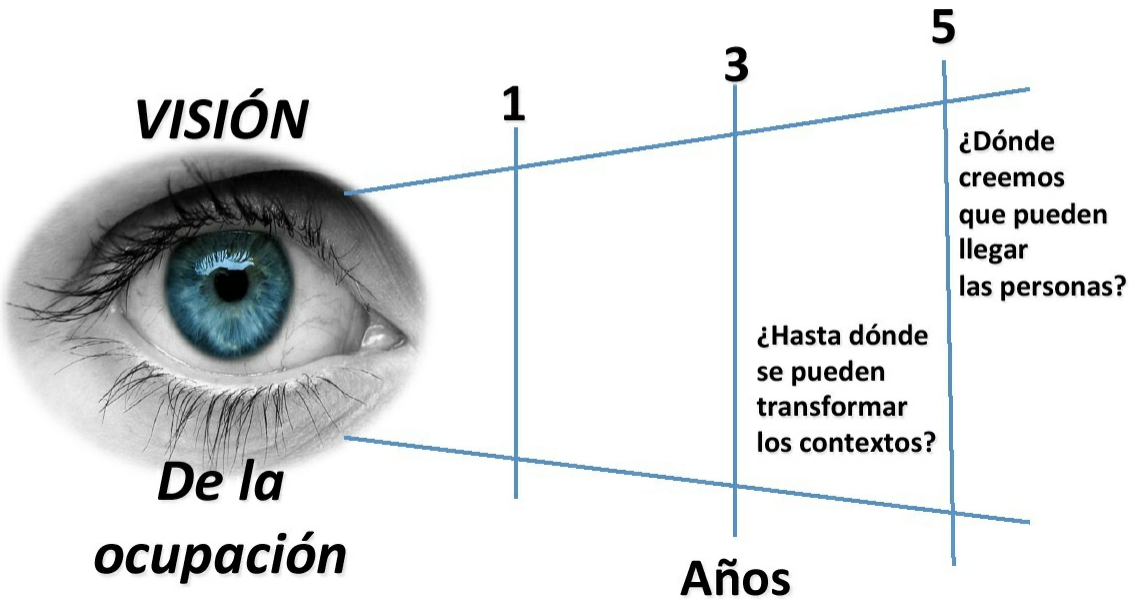


Figura 3.2. La visión es el nexo que une el presente de la profesión con el futuro.

3.3. Aportación de los modelos de terapia ocupacional a la misión y a la visión

La conceptualización de la naturaleza humana y las explicaciones sobre la conducta son variadas. Los modelos de terapia ocupacional engloban los conceptos de *persona*, *contexto*, *ocupación* y *salud*. Facilitan la organización del conocimiento basados en ideas estructuradas para aplicar en la práctica. Son herramientas esenciales en las actuaciones cotidianas que han evolucionado considerablemente.

En la década de los 90 muchos terapeutas ocupacionales basaron su razonamiento y práctica en los modelos conceptuales de adaptación ocupacional de Reed y Sanderson (1992), o en la tercera edición de la "Terminología uniforme" desarrollada por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (1994). La combinación con modelos para la práctica daba respuesta a la gestión de situaciones clínicas difíciles de argumentar sin la base de estos marcos de referencia. El marco de discapacidad cognitiva de Claudia Kay Allen (1985) o el modelo de ontogénesis ocupacional de Anne Cronin Mosey (1980) fueron algunos de estos "esquemas" que facilitaron la elaboración de pautas para las intervenciones. Uno de los problemas más evidentes de ese período fue la visión parcial y específica del desempeño ocupacional, así como la ausencia de una base global que explicara la interrelación entre la persona, el contexto y la ocupación.

A finales de la década de los 90 y a principios del siglo XXI, se hacen visibles en nuestra práctica asistencial, otros modelos teóricos. A pesar de ser una trasformación

difícil, y en la que todavía estamos sumergidos, el modelo de la ocupación humana de Gary Kielhofner (1995, 2006) y el modelo canadiense del desempeño ocupacional (1997) han cambiado la perspectiva de muchos terapeutas ocupacionales. Aunque hay que destacar que incorporar y aplicar, en la práctica diaria, los elementos propuestos por estos modelos teóricos de forma ágil, objetivable y efectiva ha sido una tarea compleja para los terapeutas ocupacionales de nuestro país. Ha pasado una década para que su generalización sea aceptada entre los propios terapeutas y se haya llegado a entender y acoplar a los diferentes recursos específicos con el fin de poder generar un tránsito adecuado de la teoría a la práctica. A pesar de las diferencias entre los modelos emergentes, es lícito decir que han *facilitado* la incorporación de una visión centrada en el cliente, en la motivación, intereses, satisfacción, significado ocupacional, y en las dimensiones del contexto.

En estos últimos años, el modelo Kawa (2006) empieza a ser otra alternativa conceptual que se une a los modelos ya existentes. El punto de vista del modelo Kawa provoca diferencias importantes en la visión de la ocupación del ser humano en terapia ocupacional. La demanda del ambiente en este caso y la especificidad de las poblaciones sobre las que se interviene ocupacionalmente obligan a adaptar los modelos teóricos con el fin de que estos puedan ser utilizados. De otro modo sería inviable. En la figura 3.3 se ilustra un ejemplo de diferencias en los postulados de dos modelos teóricos de terapia ocupacional.

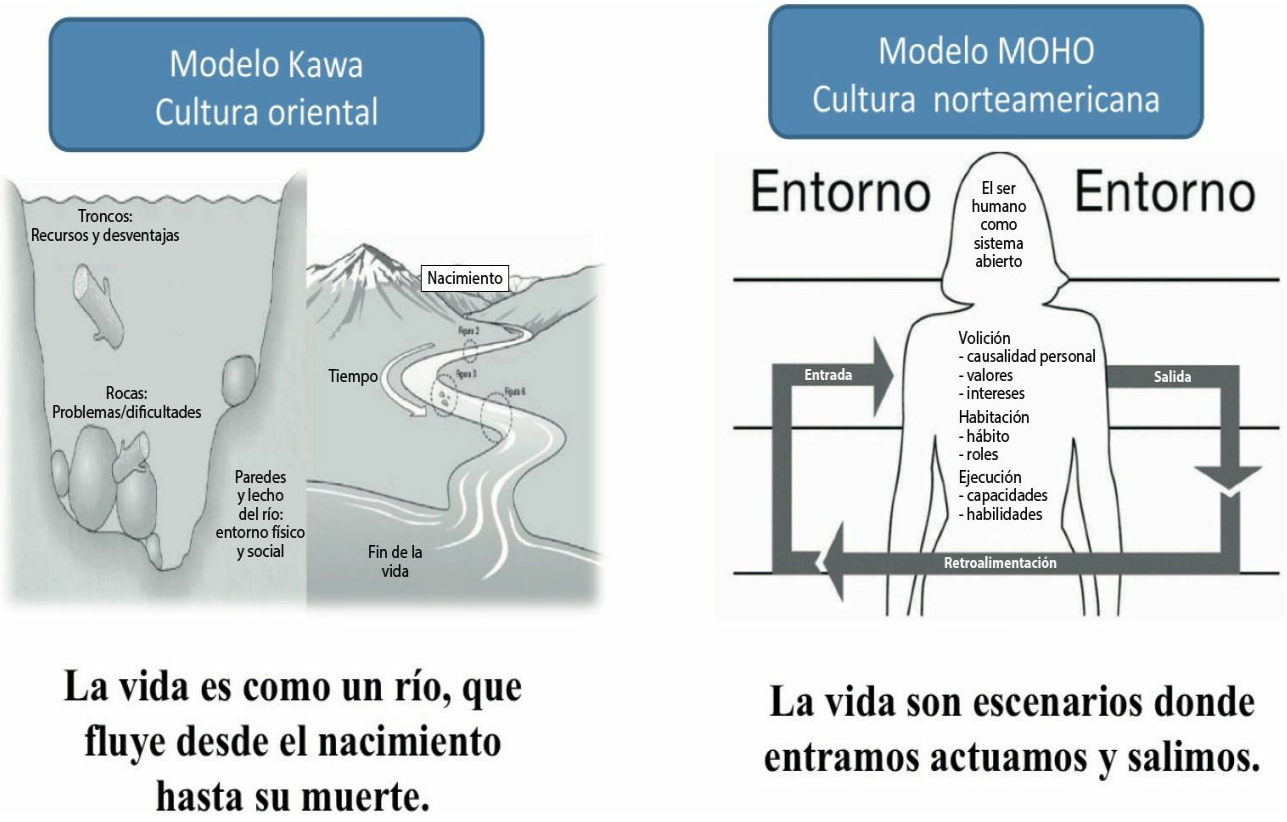


Figura 3.3. Comparación de la visión de dos modelos de terapia ocupacional.
Fuente: adaptado de Iwama (2006) y Kielhofner (2006).

Pero ¿cuál es la visión correcta? ¿Es compatible con los sistemas actuales y con nuestra cultura? ¿Cómo elaborar la visión? Son preguntas que se formulan para comprender el *dónde,* el *cómo* y el *qué* de la intervención ocupacional en la práctica clínica. Hay mucha literatura sobre los modelos teóricos de la profesión; por eso es recomendable comparar y analizar cada uno de ellos, para seleccionar el más idóneo y adecuado a cada situación y ser capaces de ir más allá del que a cada cual le resulte más fácil de comprender o con el que pueda estar más familiarizado.

3.4. Principios para construir la visión

La perspectiva de la profesión se ha construido a lo largo de toda su historia, pasando por diversos momentos de cambio respecto al enfoque y los elementos implícitos del mismo.

No existe una pauta básica para elaborar la visión, aunque los aspectos esenciales que la visión debe integrar son:

A) Los proyectos de vida como pilar básico

Los terapeutas orientamos la colaboración con las personas en el desarrollo de sus proyectos vitales a través de las herramientas que proporcionan la teoría y la propia experiencia humana, siempre en congruencia con el medio sociocultural en el que viven.

Las diferentes etapas de la vida engloban una variedad de ocupaciones significativas, así como las metas ocupacionales que van implícitas en cada uno de los períodos evolutivos del ser humano. A pesar de las similitudes que podemos observar en algunas actividades utilizadas en diferentes ámbitos, el valor está en el propósito, el significado y la meta, no en los componentes de la actividad.

Las características de las metas ocupacionales están sujetas a las experiencias previas, a la situación personal y contextual de cada individuo y a sus posibilidades de futuro. Y aunque pueden servir como punto de referencia para el diseño de programas, no son estandarizables para la gestión de los casos.

Las narrativas de los usuarios abren otra dimensión de la visión de la ocupación, a través de sus historias personales. No concebimos una terapia ocupacional centrada únicamente en la enfermedad, ni tampoco en los escenarios sanitarios. Necesariamente han de incorporarse los elementos subjetivos de la persona con el fin de poder generar praxis basadas en su realidad.

Comprender la *vida* de las personas con sufrimiento mental grave significa respetar la interpretación que cada individuo le otorga a su realidad. Es uno de los ejes fundamentales de la visión del terapeuta. El crecimiento y la conexión entre las actividades del pasado, presente y futuro es denominado por Durante (2001) “génesis

ocupacional". La génesis ocupacional describe el proceso adaptativo y evolutivo de los seres humanos en las actividades significativas para sus vidas, su mundo y sus experiencias. La génesis ocupacional detalla cómo ocurren estos cambios en cada etapa de la vida. En la figura 3.4 se ilustra un esquema de cada una de las etapas de la vida con las ocupaciones significativas y las metas ocupacionales implícitas en las mismas.

Figura 3.4. Interrelación de ciclos evolutivos-intereses-metas ocupacionales.
Fuente: adaptado de Martijena (1995).

B) La atención centrada en la persona como eje central

El enfoque de "atención centrada en la persona" es utilizado en múltiples ámbitos de la salud. De este enfoque encontramos en la literatura diversos modelos tales como el modelo asesor (*broker model*), el modelo de fortalezas (*strengths model*), el modelo terapéutico (*rehabilitation model*) o el modelo PACT (*program for assertive community training*).

En terapia ocupacional, la dignidad es un principio básico de todo ser humano, que debe encontrar la felicidad y la satisfacción incluso en situaciones de fragilidad, de

dependencia o de riesgo a través del proceso de atención para mejorar su calidad de vida y su bienestar subjetivo. La atención centrada en la persona es el eje central del enfoque de terapia ocupacional, donde el individuo, desde la autodeterminación, influye en su calidad de vida. La metodología se basa en técnicas que deben aplicarse en colaboración y participación activa de los individuos.

Esta perspectiva causa dificultades a los terapeutas ocupacionales y a los entornos que basan su perspectiva en los propios servicios. Existen múltiples diferencias entre ambas ópticas. En el cuadro 3.3 se muestran algunas de estas diferencias.

Cuadro 3.3. Diferencias entre las perspectivas de la atención centrada en la persona o en los servicios

Centrado en la persona	*Centrado en los servicios*
– Centrado en las fortalezas y necesidades de la persona	– Centrado en los déficits y necesidades etiquetadas
– Intervención de macronivel (plan de vida)	– Intervención de micronivel (conductas determinadas)
– Toma de decisiones con usuarios, amigos, familia y profesionales	– Decisiones exclusivas de los profesionales
– Visión dentro de la comunidad y en el entorno habitual	– Encuadrado en el contexto de los servicios
– Orientación a un estilo de vida deseado con un ilimitado número de experiencias	– Orientación a una vida basada en programas con un número limitado de opciones
– Centrados en la calidad de vida	– Centrados en estadísticas de ocupación e índice de servicios

El enfoque de atención centrada en la persona requiere tiempo y predisposición del contexto para su desarrollo. No obstante, la autonomía como profesión, apoyada en el código deontológico, es un factor básico para poder desempeñarla.

C) Una perspectiva basada en principios ocupacionales

La principal meta de la terapia ocupacional en salud mental es mejorar la vida de las personas a través de la calidad, la satisfacción y la felicidad, ayudando a que asuman la responsabilidad de sus propias vidas para poder desarrollar sus proyectos vitales y participar activamente en la comunidad y en su entorno social.

Además de los paradigmas propuestos por los modelos teóricos y conceptuales de la disciplina, consideramos relevante resaltar principios esenciales de la filosofía de atención

en España.

- *Los individuos son seres ocupacionales, individuales, con derechos sobre la vida y la ocupación. Cada persona tiene:*

  - Ilusiones, sueños, amor, felicidad, satisfacción y diversión; un conjunto de aspectos esenciales e inherentes al ser humano que determinan su proyecto de vida.
  - Un potencial que debe ser identificado, estimulado, guiado y posibilitado para el desarrollo de pautas de vida y el desempeño de roles sociales normalizados dentro de la comunidad.
  - El derecho a elegir, escoger y determinar cómo desarrollar este potencial para asumir las ocupaciones de la vida diaria y responder a todas las demandas del entorno.
  - Aspectos saludables en la medida en que tiene habilidades y capacidades, y las desempeña para cuidar de ella misma, realizar un trabajo, disfrutar y mantener aspectos de ocio.
  - La capacidad de autodeterminación para decidir cómo participar en sus ocupaciones.
  - La responsabilidad de colaborar activamente en su proceso de rehabilitación e inclusión, dándole el tiempo necesario para poder asumir las obligaciones sobre su salud y sobre su participación.
  - Los medios y las oportunidades de participar e involucrarse en solucionar sus propios problemas a través de las condiciones más adecuadas para cada caso o situación.

- *La ocupación tiene un valor terapéutico (apoyado por procesos de intervención ocupacional) sobre la salud de las personas porque:*

  - Ofrece significado a la vida, además de ser un determinante de la salud y bienestar.
  - Es una necesidad indispensable del ser humano y de su desarrollo, su ausencia atenta gravemente contra la salud de los individuos.
  - Emplearse en ocupaciones no significativas de manera rutinaria y prolongada puede producir riesgos para la salud de las personas.
  - Facilita amplias posibilidades para promover la calidad de vida, siempre y cuando estén sustentadas por las bases teóricas y conceptuales de la disciplina.
  - Permite la conexión entre las actividades-ocupaciones, las personas y el entorno físico y social.
  - Es básica para el desarrollo de la función ocupacional como parte esencial de la integración activa en la comunidad.
  - Puede ser adaptada, modificada o graduada sobre el sustento de las bases

teóricas para el beneficio de la salud.

- *Los contextos/entornos son determinantes para el desempeño ocupacional por ser facilitadores y/o inhibidores:*

  – Los contextos deben ofrecer oportunidades de autorrealización y de participación, indistintamente de si es un entorno clínico, social o laboral.
  – El análisis de los entornos y contextos es una tarea fundamental en cualquier situación y/o contexto para determinar los elementos que influyen.
  – La creación de alternativas en coordinación con los recursos, profesionalizados o no, es una de las funciones del terapeuta.
  – Actuar sobre los entornos es una intervención específica e importante por el efecto que ejerce sobre la persona y su vida.
  – Los terapeutas ocupacionales deben crear las condiciones ambientales adecuadas para cada una de las personas, situaciones y/o momentos.

- *El proceso ofrecido pretende fortalecer y promocionar la salud de los individuos, colectivos, organizaciones y comunidades, considerando:*

  – La implementación de métodos y procedimientos dinámicos y flexibles, nunca estáticos, que faciliten la interacción dinámica entre la persona y su entorno.
  – *No tiene por qué tener un final predeterminado* salvo el que marquen la evolución del sujeto y las posibilidades del contexto.
  – Es indispensable la colaboración activa de la persona para fomentar el cambio en el desempeño ocupacional y en los procesos de intervención.
  – No hay un proceso de intervención igual a otro, unas personas evolucionarán hacia una integración normalizada en la vida social; otras, mejorarán su funcionamiento y habilidades, sus metas serán más modestas pero no menos importantes en su vida personal.
  – La utilización de las actividades u ocupaciones sin el desarrollo de todas las partes del proceso de intervención compromete y pone en riesgo la salud ocupacional de los individuos y/o colectivos.

3.5. La persona en los procesos de terapia ocupacional

El papel activo de la persona es uno de los principios fundamentales de la práctica profesional en terapia ocupacional. Es más, es el aspecto central de los procesos de intervención. Por ello se requiere la creación de mecanismos que permitan a la persona tomar decisiones, participar de forma activa en su rehabilitación, integración o inclusión, conocer y comprender las ventajas e inconvenientes de la intervención, y comprometerse

con su propio desarrollo.

La atención centrada en la persona requiere de "un tiempo" que viene determinado por cada individuo y situación concreta. En algunos sistemas de atención, no está establecida ni definida la cultura de la autodeterminación ni el empoderamiento de la población dentro de los recursos, ni tampoco en el conjunto del sistema. Por tanto, hablar del papel activo de la persona con enfermedad mental en estos contextos requiere instaurar una pedagogía y una concienciación como etapa previa. Es frecuente observar prácticas situadas en la competencia y la responsabilidad del profesional donde el usuario no es el eje fundamental del proceso, sino que es comprendido desde "el síntoma", con ausencia del control en su vida, con la necesidad ficticia de que un tercero tome las decisiones importantes. En este tipo de prácticas, los profesionales perciben a los individuos como pacientes en su máxima expresión.

El terapeuta no puede comprometerse en la solución de los problemas sin la participación activa del usuario. El conocimiento de la persona, con total respeto a su interpretación del mundo, la ayuda equilibrada sin prejuicios o el manejo de las emociones generadas son algunos de los factores que ayudan a comprender el necesario papel activo de las personas.

3.5.1. Conocer a las personas

"Conocer", del latín *cognoscĕre*, significa "averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas". Algo aparentemente sencillo y, a la vez, tan arduo y complejo, sobre todo al hablar del ser humano. Algo que, sin duda, no deja indiferente a nadie.

Intentar conocer a las personas es darnos cuenta, en ocasiones, de que el encuentro es complejo, de difícil acceso y donde no llegar a veces es el propio destino. No todas las personas nos dan permiso para acceder a su interior, a su perspectiva del mundo. Por eso es importante hablar de tiempos y de momentos. Tiempos y momentos necesarios para conocer a la otra persona y tiempo para permitirle avanzar en la toma de decisiones y en la propia participación sobre su proyecto. Descubrir el *guion de vida* —donde el papel que la persona representará no está basado en su síntoma, ni en sus limitaciones exclusivamente, sino en la búsqueda de metas y expectativas, en su potencial y, en definitiva, en su vida— es un desafío cotidiano de los terapeutas ocupacionales.

En ocasiones se produce la paradoja de pensar que conocemos la hoja de ruta de los colectivos, conocedores de sus deseos, de sus metas y anhelos. Percibiéndonos en una verdad profesional que nada tiene que ver con la realidad subjetiva de las poblaciones a las que atendemos. Es una falacia en la que muchos profesionales deciden vivir, conocedores únicamente de un cuadro clínico y de su evolución.

En definitiva, conocer a las personas significa entrar en su mundo, con su permiso, sin entrar en prejuicios sobre su perspectiva de la vida.

3.5.2. Las relaciones de poder

En psiquiatría se ha escrito mucho sobre las relaciones de poder. Los profesionales han utilizado estas relaciones asimétricas en la relación terapéutica con consecuencias nefastas para las personas con enfermedad mental. Desde el poder, la mirada se verticaliza, ni siquiera se produce la perspectiva de la distancia, algo necesario para no fusionarse con la emoción del ayudado y preservar la objetividad necesaria. El poder se transforma en una línea fragmentada donde la sabiduría del profesional se deposita tan solo en el de arriba, irrumpiendo en el ciclo de la empatía, de la mirada horizontal de *ese caminar a su lado*. La relación de poder en las intervenciones ocupacionales solo se apoya en el miedo y la inseguridad. Miedo del que la genera, en la anticipación de su pérdida de poder, del miedo a desenmarañar su ego, del miedo a que las personas, como expertos de su vida, sean capaces de hablar, de tomar voz, de tomar las decisiones sobre su propio camino. Y de inseguridad, por el riesgo que comportan las oportunidades para los individuos.

En terapia ocupacional no podemos embarcarnos en una asimetría de la relación con las personas, porque impregnaremos las áreas ocupacionales y todas las relaciones vinculares, iniciándose desde lo más micro a lo más macro.

En una relación de poder enmarcada por una asimetría de partida no se da la reciprocidad; esa reciprocidad tan necesaria para cuidar, mimar y generar un clima de confianza suficiente donde la persona se manifieste con aquello que está en su latencia. Es cierto que en determinados momentos (fases de descompensación, sintomatologías negativas muy devastadoras, etc.) se inicia el proceso desde una relación de mayor dirección por parte del terapeuta con el control de los factores ambientales para desarrollar procesos de remotivación, vinculación y participación a través de la actividad propositiva. Este tipo de relación debe ser siempre temporal, circunstancial, dentro de los parámetros de la relación de ayuda, con el objetivo de activar el compromiso y el papel activo de la persona en su propio proceso de rehabilitación e inclusión.

3.5.3. Equilibrar la balanza, acercar posturas

Y sin embargo es posible. Se traza una línea imaginaria de inicio para la propuesta al encuentro. Una línea donde compartir y donde fusionar energías y fuerzas para una misma meta: aumentar la calidad de vida de aquel que fue fragmentado a causa de alguna diversidad.

Alcanzando la idea de lo simple, tal vez la clave esté en la necesidad de definir procesos. Acotar los límites. Acatar las pautas y las normas del juego. Los roles, capacidades y responsabilidades, entre las dos personas que han de encontrarse, son diferentes. Ocupan espacios y dimensiones divergentes. Espacios llamados al encuentro común. Durante un tiempo formarán equipo común para, en teoría, alcanzar unas metas consensuadas entre ambos y que tienen que ver con mejorar la calidad de vida de uno de ellos. Identificar el nivel de responsabilidad que cada uno tendrá será uno de los factores

clave para resolver los conflictos e *impasses* que se producirán en el proceso, con el fin de renegociar los términos de la relación.

Tal vez, el misterio se resolviera si fuéramos capaces de *ver*, de *mirar* al otro. De ver a la persona. De este modo, las expectativas quedarían claras desde el inicio. Las reglas del juego no quedarían difusas, demasiado permeables a la lectura subjetiva de cada uno. Habría un discurso basado en la autonomía y en la capacidad y una práctica no generante de dependencia. No se invadirían de ese modo capítulos de intimidad cerrados solo para algunos elegidos. Se crearían espacios para los procesos y para los tempos. Se darían encuentros para los objetivos y las tareas, no se producirían resistencias por ambas partes derivadas de una apariencia de acuerdo que en ocasiones es obediencia y sumisión.

La comunicación sería clara. Los conflictos se producirían como parte sana de toda comunicación. La resolución de conflictos sería una tarea sencilla. Se resolverían conflictos que se derivan de la enfermedad (y se le achacan), conflictos que tienen que ver con la relación. Entenderíamos que más allá de lo que la enfermedad refleja, se esconde la persona. Aquel lugar que estaba y está a pesar de. Aquel espacio que el otro pueda llegar a ser.

3.5.4. Lo esperable: la resistencia al cambio

Según la RAE, el término "resistencia" procede del latín *resistencia*, y se define como la "acción y efecto de resistir o resistirse; capacidad para resistir". Muchas son las teorizaciones sobre la resistencia al cambio en los procesos terapéuticos. No es objeto de este manual explicitarlas dada la amplia bibliografía al respecto, pero sí corresponde exponer cómo impacta e incide en el profesional de la salud y, por ende, en su praxis. Todo proceso de transformación supone un cambio por pequeña que esta metamorfosis sea y por pequeño que este pueda ser. Lo interesante en el trabajo terapéutico será lo subjetivo de la persona que le dará lugar a percibir la magnitud de aquello a lo que se enfrenta. A ojos del terapeuta puede resultar una nimiedad, frente a la magnitud con la que lo vive el otro. Esto y otros factores explicarían cómo es de complejo este tránsito.

La persona puede tener una actitud de cambio positivo, y que, sin embargo, con la intervención ocupacional se manifieste, de modo más o menos explícito, dicha resistencia. Si partimos de la base de que la incertidumbre es lo más complejo de tolerar por las personas, podremos encontrar la respuesta a que cuando además se suman procesos de sufrimiento y mayor vulnerabilidad, la dificultad (y, por tanto, la incertidumbre) sea mayor y más compleja. El miedo será lo que está en la base. En definitiva, miedo a perder. Miedo a dejar de estar en la zona de confort que, de alguna manera, el ser humano busca en mayor o menor medida; miedo a lo

que está por llegar, aunque este se encuentre "adornado de lo mejor que le espera".

Entender estos procesos y estas dinámicas es lo complejo. Entenderlos desde un plano teórico resulta concordante y coherente desde la relación de ayuda, entenderlos, adoptarlos y adaptarlos como parte del proceso del cambio resulta complejo. Como

terapeutas ocupacionales, desde la dimensión de salud, ponemos a disposición del otro un abanico de formas y estrategias que faciliten la transformación de las carencias en potenciales, el desarrollo de habilidades y destrezas encaminadas a recuperar la función.

El terapeuta debe ser conocedor de veras de las dificultades del proceso. Conocedor de que el proceso de cambio viene acompañado por la dificultad y la resistencia a adoptar mecanismos para el ajuste de la hoja de ruta que lleve a rediseñar renovadas fórmulas para poder generar una nueva vía de desarrollo. Se hace necesario jugar con el tiempo y el tempo del otro. El verdadero cambio solo es posible cuando la persona es capaz de darse cuenta, cuando los aspectos volicionales son capaces de transformar nuevas acciones. Y esto requiere su tiempo, su cadencia. Y en ocasiones, ni eso. La psique humana es tan compleja que guarda sus propias formas, sus propios mecanismos de negación hacia aquello que en teoría sería lo mejor.

Por eso los ojos del terapeuta han de interiorizarlo desde el inicio de la relación terapéutica. Sin tomar en cuenta las resistencias a un nivel macro, las derivadas del propio sistema (que constituyen otro capítulo aparte). Serán las incluidas en esa visión micro de incidencia en la persona y el entorno que la rodea, que se hace imprescindible. El terapeuta debe adoptar una visión de posibilidad a la resistencia que le obligue a “no esperar nada”. Las expectativas deben reajustarse y ceñirse en todo momento al proceso terapéutico, con el fin de no dejarse arrastrar por lo que el otro en teoría está capacitado para hacer y no hace. El encuentro entre personas mueve un mundo de significantes que se ponen en juego de manera latente y manifiesta, de manera explícita e implícita, y donde la forma de entender el mundo del terapeuta debe quedarse al lado, fuera, con el fin de que esta no interfiera en la relación terapéutica. De lo contrario, corremos el riesgo de interferir en los procesos de cambio. De vivir las resistencias desde la desesperanza y, por consiguiente, desdibujando la hoja de ruta. El cambio es un todo que engloba numerosos matices.

4

Los elementos fundamentales de la profesión en la práctica asistencial

Todos los aspectos que engloba la terapia ocupacional pueden considerarse fundamentales. En este manual se describen los elementos considerados claves en nuestra experiencia práctica. Los elementos esenciales descritos en este capítulo son los puntos de apoyo del plan metodológico, los principios que sustentan la praxis, las líneas de acción, la ética y calidad asistencial, así como los procesos para actuar con poblaciones e individuos.

4.1. Conceptos claves

La selección de los conceptos que integran y describen la práctica llevada a cabo en un contexto concreto es el primer elemento *clave*. No tiene sentido utilizar ideas que no reflejan ni proyectan la praxis profesional. La elección de los conceptos, su comprensión práctica y el desarrollo de los mismos es básica para cualquier ámbito de actuación. Estos *conceptos* explican fenómenos y dan nombre a las acciones ejecutadas. Es necesario reflexionar sobre las ideas con las que construimos los procesos de organización e intervención ocupacional.

4.1.1. Análisis de actividad y ocupación

Los análisis de la actividad y de la ocupación son instrumentos esenciales de la práctica diaria. El análisis de la actividad identifica las demandas de la misma que se pueden graduar, adaptar o compensar. En cambio, el análisis de la ocupación determina el desempeño de la persona en su experiencia de vida, sus intereses y el impacto causado por la actividad en esa persona. Es decir, de qué modo la subjetividad se pone de manifiesto ante el sentido de la ocupación. Además, ambos análisis son métodos propios del terapeuta ocupacional y los utilizamos como parte de la intervención, facilitando a las personas el análisis de su propio desempeño ocupacional. En el cuadro 4.1 se ilustra un

ejemplo de la aplicación práctica de estos conceptos.

Cuadro 4.1. Ejemplo de la aplicación práctica

1.er Ejemplo. El análisis de la actividad y de la ocupación desde la terapia ocupacional
Procesos de inserción laboral en el mercado ordinario. Inicialmente visitamos el lugar de trabajo para valorar las exigencias del puesto y las características que lo engloban. Practicamos un *análisis de actividad* para delimitar exigencias y demandas. Sin embargo, cuando la persona se incorpora al puesto de trabajo es efectuar el *análisis ocupacional*, en el que se analiza el desempeño de la persona en ese contexto, dado que aquí ya intervienen los elementos de subjetividad y la intersubjetividad.
2.° Ejemplo. El autoanálisis de la actividad y de la ocupación desde los usuarios
Análisis del programa que desempeñan los usuarios en una unidad de media estancia. Para encontrar el significado de las ocupaciones ofrecidas en los programas, las personas deben analizar su propio desempeño ocupacional, bien a través de una metodología grupal, bien a través de metodología individual. El análisis se realiza junto con los usuarios, se examinan los beneficios de las actividades llevadas a cabo, por ejemplo, el deporte o la actividad de asamblea. Cuando las personas pueden identificar y describir los efectos positivos de estas actividades, están haciendo el autoanálisis de la actividad. Sin embargo, cuando identifican los factores personales de uno mismo y los factores necesarios para ejecutar la actividad analizada, están practicando un autoanálisis de la ocupación.

4.1.2. Actividad y participación

La *actividad* y la *participación* son conceptos utilizados con frecuencia en terapia ocupacional. Nuestro interés está centrado en el desempeño y su consecuencia en la participación de las personas. La Clasificación Internacional de la Funcionalidad, la Discapacidad y la Salud (CIF-OMS, 2001) describe las diferencias entre actividad y participación. La actividad es la ejecución de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento. La participación es la implicación de la persona en una situación vital, representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.

La participación en actividades puede ser beneficiosa o negativa para la salud del individuo, según los tipos de ocupaciones y del tiempo de realización. La actividad no es sinónimo de participación. Es decir, es necesario un conocimiento profundo de la

ocupación humana para determinar la influencia en la salud de la persona. Por lo tanto, las intervenciones ocupacionales no se miden nunca por el volumen de personas que están en determinadas actividades, sino por otros factores del proceso de evaluación ocupacional.

4.1.3. Necesidad y elección

La *necesidad* es la expresión de lo que un ser vivo requiere indispensablemente para su conservación y desarrollo (Manstead y Hewstone, 1995*). Elección* es la acción y efecto de elegir, escoger, seleccionar, preferir. Acto en que se adopta un curso de acción entre diversas alternativas. La elección es básica para las personas. Siempre estamos eligiendo. Aunque, en la práctica asistencial, determinados factores condicionan la elección: la psicopatología, rutinas, contextos inhibidores, los propios mecanismos de resistencia internos, etc. El concepto de *elección* debe estar en equilibrio con el de necesidad ocupacional, si bien intervenimos con poblaciones que presentan dificultades para identificar sus necesidades ocupacionales. El proceso de elección, en estos casos, se orienta hacia estilos de vida disfuncionales; por tanto, es indispensable trabajar la necesidad ocupacional.

4.1.4. Justicia, privación, alienación y apartheid ocupacional

A lo largo de la evolución de la disciplina de la terapia ocupacional se han ido incorporando constructos semánticos acotados a diferentes situaciones que tratan de aportar certeza y aclarar a qué hacen alusión cuando nos referimos a ellos. De este modo, surgen conceptos extrapolados de la terapia ocupacional comunitaria que hacen mención a la justicia, privación, alineación y apartheid ocupacional. Necesitaríamos un manual solo para poder explicitar todo lo relacionado con estos conceptos y las múltiples variables y condicionantes de los mismos; este manual no persigue ese propósito. Por ello se hace una aproximación básica a estos conceptos.

Estas ideas hacen referencia a situaciones específicas que deben tenerse en cuenta e incorporarse en la praxis, con el fin de prevenir los muchos casos en los que puedan producirse en cualquier esfera donde la persona y sus circunstancias sean las protagonistas. El resultado en todas estas situaciones es que la persona se encuentra mermada para poder desarrollar sus habilidades y destrezas que la lleven a la potencia de sus capacidades. Será un riesgo que podrá producirse si dejamos que la misión a la que estamos convocados para ayudar se desdibuje.

A) Justicia ocupacional

Tiene lugar cuando se asegura que a las personas se les brinde la oportunidad para

una total participación en las ocupaciones en las cuales ellas optan por comprometerse. Si la misión como agentes de salud es orientar al sujeto a que pueda desarrollar todo su potencial, su praxis deberá estar guiada por estos parámetros. Estos serán contribuir y proporcionar contextos de ocupación (aquella que está vinculada al significado y al propósito individual), donde la persona viva comprometida y con un sentido.

El término justicia ocupacional se establece entre la persona y su medio, generando con ello que la persona viva y se perciba como ciudadana con pleno derecho; de este modo se desarrollan ocupaciones "con" la comunidad favoreciendo la creación de comunidades inclusivas. Comunidades donde lo diferente es acogido y no rechazado, minimizado o invisibilizado. Acciones de inclusión real donde la persona es vista desde el despliegue de competencias como un miembro más, como un mero ciudadano.

Cabría pensar, por consiguiente, en aquellas ocupaciones desarrolladas "en" comunidad que tratan de jugar a ser "sucedáneos" de inclusión. "Hacer acciones en" comunidad no es sinónimo de justicia ocupacional y, por ende, de comunidad inclusiva. La persona puede desarrollar su actividad en comunidad percibiéndose como excluido o generando y proporcionando una imagen de mayor estigma y, por tanto, más excluyente. Como agentes terapéuticos vinculados a la misión de nuestra disciplina, nos vemos abocados a desarrollar mecanismos de inclusión que se acerquen a situaciones de justicia ocupacional, tanto los que dirigimos hacia la propia persona como los dirigidos al medio. A pesar de la multiplicidad de resistencias que se producen —tanto externas como otras internas (del propio profesional)— y que se den en el recorrido terapéutico. Proporcionar el sentido de "justicia ocupacional" consiste también en desarrollar los apoyos necesarios para que la persona pueda verse conectada en y con la comunidad. No podemos "jugar a hacer como si" lleváramos a cabo situaciones de inclusión y de justicia ocupacional cuando la persona no se percibe comprometida. La "justicia ocupacional" está tanto en el diseño de estrategias funcionales para la ocupación como en el estilo de relación puesto en marcha para conseguirlo.

B) Privación ocupacional

Alude a situaciones prolongadas en el tiempo donde se generan restricciones para el desempeño en ocupaciones debido a circunstancias externas. Escenarios de carencia de empleabilidad, ausencia de base mínima económica que dificulta la cobertura de las necesidades más básicas, influencias culturales que inhiben el desarrollo de competencias, limitaciones del sistema político, educativo, social, las propias derivadas de la enfermedad y de los contextos de atención. Estas circunstancias tienen que ver con lo externo de la persona. Con aquello que la rodea. La persona, en estas condiciones ambientales dilatadas en el tiempo, comienza a desarrollar mecanismos de involución en planos emocionales y funcionales, generándose así una mayor complejidad para dar respuesta eficaz a las demandas de su ambiente.

Dado que las situaciones de privación ocupacional tienen relación con lo externo en

toda su magnitud, la expectativa tendrá que ser ajustada y acotada. Nuestra regulación hacia determinadas situaciones que se "escapan de nuestro control" (falta de empleo, nulo estado de bienestar, etc.) no podrán ser modificadas, pero sí estará a nuestro alcance el diseño de una red de apoyos de orden funcional y emocional, que calibre y minimice el impacto para la persona y la oriente hacia la búsqueda de alternativas dentro de lo que pueda ser factible. Cabe mencionar así mismo que estas situaciones, en alguna de sus vertientes, en ningún caso deben ser promovidas desde nuestra praxis.

C) Alienación ocupacional

Alude, según Townsend y Wilcock (2004), a la relación y las "experiencias prolongadas de desconexión, aislamiento, vacío, falta de sentido de identidad, expresión limitada del espíritu o sensación de falta de sentido". Actividades que no encuentran conexión con nada identitario y que tan solo llegan a "ocupar tiempos vacíos". La situación de alienación ocupacional es causada por factores externos (falta de desarrollo, limitaciones ambientales, etc.) como elementos macro de mirada, pero también desde lo micro en la relación bidireccional entre el profesional y el "paciente". Situaciones donde la persona adopta un rol pasivo, "abandonándose" a aquello que se le indica realizar sin conexión de ningún tipo. La creación de contextos ocupacionales desvinculados de todo propósito origina, al igual que los procesos de privación ocupacional, la base para la involución de la persona en los planos funcionales y emocionales. Cabe el riesgo, además, de generar elementos de indefensión aprendida, con la no anticipación de eficacia ante la propuesta de nuevas acciones. Es un modo de amplificar las carencias derivadas del diagnóstico y de todo aquello que lo rodea, proporcionando mayor discapacidad. No se trata, por tanto, de que la persona se comporte de un modo alienante derivado de su circunstancia personal, sino de que el propio ambiente genera estados amotivacionales, en donde a la persona tan solo le queda la vía del enrocamiento en una mayor carencia.

D) Apartheid ocupacional

Alude a una restricción del desempeño ocupacional debida a situaciones de injusticia social. Supone una desigualdad en los recursos disponibles y en las oportunidades. Las situaciones de apartheid ocupacional provocan una negación de la participación y del acceso a ocupaciones con significado y propósito. Situaciones de este tipo van generando una disminución sobre la valoración del potencial de cada persona, de modo que se asume por parte del "excluido" que la quietud es la mejor opción, que ya no puede hacer nada y que nada ni nadie supone un canal de alianza. Es un modo de mermar la calidad de vida, el potencial y las fortalezas que como seres ocupacionales llevamos dentro, los recursos y la identidad personal. Estas situaciones de apartheid dan lugar al mantenimiento de seres sometidos a relaciones de poder donde el pensamiento crítico y

diferente no tiene cabida. La red de significados ocupacionales se modifica de manera tajante, inhibiendo la participación en ocupaciones que dan cobertura a cada una de las áreas ocupacionales. Como agentes de salud y ciudadanos no podemos quedarnos al margen de estos aconteceres. Y como ciudadanos del mundo, debemos pensar que todos somos responsables de todo de alguna manera. Debemos preguntarnos de qué modo entendemos el sentido de la ocupación a la hora de generar sentido de comunidad justa e inclusiva. La responsabilidad es compartida. Convenimos alinearnos con un mismo latir que evite situaciones discriminatorias, también desde nuestra mirada y forma de entender el mundo.

4.1.5. Autodeterminación, empoderamiento y ciudadanía

Los terapeutas ocupacionales tenemos que contribuir a que la persona con sufrimiento mental alcance el mayor sentido de bienestar, se perciba y signifique como ciudadano de pleno derecho. Estos términos a los que aludimos en el epígrafe deberán estar incorporados en la hoja de ruta desde el inicio del establecimiento de la relación terapéutica, y en todo momento como eje transversal del camino de la rehabilitación o más allá, de la recuperación. Estos términos aluden no solo a la recuperación de la función —*entrenando* a quienes son considerados más *débiles* para que sean capaces de enfrentarse a las demandas del ambiente—, hacen alusión a algo más: podría decirse que son casi un posicionamiento frente a la manera de entender el mundo y, por ende, frente a todos aquellos que lo forman. A la consideración de que también este, *el vulnerable,* debe ser tratado y proyectado desde el lugar de su capacidad hacia la posibilidad de autodeterminación a pesar de las limitaciones con las que se enfrente.

Llevar a cabo procesos donde la persona se perciba en capacidad de autogobernación será una tarea ardua, complicada con la suma de numerosos elementos que no solo tendrán que ver con la complejidad de la psique humana, sino con el sistema y entorno que la rodea.

Sin embargo, si la misión del terapeuta ocupacional como agente de salud es facilitar la recuperación ante situaciones de diversidad, no cabe duda de que el profesional, de primeras, deberá *desprenderse* de su propia "zona de confort" que le lleve a praxis encuadradas en "conceptos teóricos" pero alejadas en su hacer cotidiano de los principios que rigen la autodeterminación y empoderamiento. Podemos explicitar que desarrollamos acciones de empoderamiento y autodeterminación y sostenerlo solo desde la palabra. En muchas ocasiones, las dificultades o limitaciones colocadas en lo *externo* son el reflejo de lo interno. Algunas de ellas puede que sean incluso generadas desde mecanismos inconscientes que dan lugar al mismo fin. Se hará necesario descubrir y reanalizar en el profesional-persona qué le lleva a perpetuar formas de acción poco eficaces en la capacitación del otro.

El control de alguno de los aspectos vitales siempre será viable y factible, a pesar de las situaciones limitantes que presente. Siempre hay un margen para ello. Será el profesional con la persona quien pueda prever qué aspectos puede o no alcanzar y, por

tanto, qué apoyos pudiera derivar. Siempre hay un margen para la acción desde la capacidad de competencia. Nadie mejor que uno mismo para conocer lo que piensa y aquello que siente. Como profesionales de la salud, nuestra intervención tendrá que facilitar que las personas tomen las riendas de su vida.

Al igual que Wilcock planteaba el axioma del *ser ocupacional* que llevamos dentro, desde la experiencia cabe decir que también lo es la *capacidad de autogobernación.* Otra cosa será la dificultad para que pueda ser manifestada. Como profesionales de la salud sería interesante no dar las cosas por hechas, pensar que aquella persona (también la que acarrea una severa afectación de sus habilidades) no será capaz. Subestimar las capacidades del otro no es nuestra misión y, por ende, no debe ser nuestra praxis. Confiar y dar la oportunidad de que las personas puedan ejercer la autodeterminación será la clave. Por eso se antoja necesario que el profesional conozca los pormenores sobre las circunstancias que rodean a la persona y su psique, y que permita encontrar aquellos espacios todavía sanos de su quehacer. Se debe considerar que tras todo comportamiento —por inverosímil, bizarro o limitante que parezca— se esconde una función y un mundo de posibilidades que solo podrán ser reveladas si se ofrecen alternativas viables y flexibles para que puedan llegar a ser.

Dada la complejidad de los constructos a los que aludimos, y la amplia bibliografía relacionada con ellos, ofrecemos un breve apunte de los mismos:

A) Autodeterminación

Es la *capacidad de las personas de ejercer la libertad de decidir sobre cómo vivir sus vidas*. Esto es posible cuando generamos programas y actividades basadas en el autoanálisis de sus intereses y necesidades, incidiendo en el uso de las redes naturales de apoyo y promoviendo actuaciones asentadas en la capacitación. La capacidad de autodeterminación no es una tarea, sino un conjunto de estrategias y de encuadres sobre la forma de entender a la persona, y que resultará transversal a lo largo de todo el recorrido en su proceso de recuperación.

B) Empoderamiento o empower

Se originó en Estados Unidos sobre los años setenta, desde el enfoque participativo. El término en sí hace referencia a los derechos civiles, que buscaban empoderar a sus seguidores. Desde este lugar se ha hecho una exportación al resto de culturas, adoptándolo en primer lugar los movimientos feministas para luego ser generalizado a corrientes de diferentes signos.

En la dimensión de la salud mental, "empoderar" significaría conceder un poder, derechos y asumir el control. Es decir, desarrollar habilidades que permitan a la persona tomar decisiones que mejoren su vida; posibilitar escenarios con propósito y donde la

relación de poder, que generalmente se asigna al profesional, se transforme en una perspectiva de relación de expertos: experto teórico y experto de vida.

El empoderamiento se basa en cinco ejes sobre los que debe girar toda intervención ocupacional, estos son: autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad, respeto y pertenencia, y contribución a una sociedad más plural. Intervención dirigida a que la persona rescate elementos de su identidad que le permitan proyectarse y alcanzar aquello que desea, para percibirse digna.

C) Ciudadanía

Término que hace alusión al *ejercicio pleno de sus derechos para todos los ciudadanos*, así como también de sus obligaciones con independencia de la causa de diversidad. La integración como ciudadanos de pleno derecho está en todas sus vertientes. Desde el eje de la intervención ocupacional —promoviendo acciones de empoderamiento que faciliten la vivencia de la persona desde la capacidad de autogestión— hasta el diseño de estrategias de gestión para la inclusión en la comunidad generando vías de desarrollo para el cambio de mirada.

Promover la capacitación de la persona en relación con su entorno desde el lugar del ciudadano está en todos los sentidos y desde todos los niveles, desde lo que hacemos hasta lo que decimos (y no decimos). La ciudadanía es un estatus formal, como el conjunto de derechos y deberes y, por tanto, la práctica efectiva de los mismos. Uno puede sentirse ciudadano aunque necesite apoyos para lograr una autonomía personal. Que el individuo sea conocedor de sus derechos en el uso de los dispositivos y en la atención sanitaria, de rehabilitación, etc. debe ser la tónica; como debe serlo que, más allá del tratamiento específico, sea tratado como ciudadano. Promover acciones de ciudadanía nos compromete a todos y, por ende, a la misión que tenemos entre manos.

4.2. Los principios generales de la intervención ocupacional

Etimológicamente, el término "principio" deriva del latín *principium* y significa "comienzo, primera parte, parte principal". Literalmente, *principium* es "lo que se toma en primer lugar". El concepto de *principio* es utilizado para marcar el origen o el comienzo en el tiempo de alguna situación o proceso.

Los principios que sustentan la intervención ocupacional son elementos básicos e indispensables en la práctica, orientan las acciones y no son únicamente una declaración de la visión de la disciplina. Los fundamentos de la profesión son el primer factor de apoyo de los planes de intervención ocupacional. Por ello, cabe preguntarse: ¿realmente el programa desarrollado o las intervenciones individuales están sustentadas sobre las bases de la profesión? O bien, ¿son los objetivos del dispositivo o contexto laboral los que nos guían? Estas preguntas no significan que los principios de la disciplina sean incompatibles con los del contexto, pero sí que son diferenciadores. Los principios

generales se definen al inicio de la intervención ocupacional para definir los parámetros de actuación. En este manual, y al margen de las diferencias formativas, metodológicas o laborales de los terapeutas ocupacionales, se considera que los procesos de organización e intervención en el ámbito de la salud mental pretenden:

1. *Orientar* la intervención ocupacional hacia la integración e inclusión de las personas. La base de la intervención viene dada por el significado del proyecto vital de la persona, esencia sobre la que se organizan las pautas de actuación. Las recientes propuestas, como el modelo Kawa, deparan una nueva óptica de la profesión en constante crecimiento para establecer el necesario compromiso con las nuevas generaciones, llamadas a ser el relevo en nuestros ámbitos de actuación. Se adaptan culturalmente a las necesidades y demandas sobre las especificidades de las personas en sus comunidades. De ahí que la dignidad, el bienestar, el desarrollo, la evolución y el mantenimiento de la vida de las poblaciones en su contexto sociocultural sean ejes esenciales de la óptica ocupacional. El concepto de *vida* incluye múltiples elementos: metas ocupacionales, expectativas, proyecto personal y temporal, ocupaciones significativas, recursos, etc.
2. *Desarrollar* la intervención sobre la *realidad de cada persona.* Las complicaciones de salud mental afectan a un porcentaje considerable de la población mundial, si bien para los terapeutas ocupacionales la enfermedad mental viene representada por los problemas personales concretos dados en ambientes específicos. Los programas y acciones, por tanto, inciden sobre *realidades concretas* de los individuos y sus entornos, basados en la participación activa de los propios afectados. Las intervenciones ocupacionales no ofrecen soluciones ni respuestas estandarizadas que puedan prescribirse aleatoriamente, tienen que ver con complejos procesos individuales para encontrar la solución más adecuada según los proyectos, necesidades, demandas y posibilidades en cada realidad concreta y con relación a su entorno.

   Todas las opciones y medidas de atención se determinan por el principio de individualización, que engloba a la persona y a su ambiente. La individualización es la necesidad de hacer justicia en el proceso de rehabilitación, integración e inclusión frente a la multiplicidad de precondiciones individuales, necesidades, objetivos, habilidades y potenciales que la persona trae al proceso; ofreciendo el apoyo y las oportunidades adecuadas al individuo.
3. *Defender* el derecho de las personas a las intervenciones ocupacionales en los procesos de rehabilitación, integración e inclusión. La enfermedad mental no solo afecta a la dimensión de salud, sino que impacta en todas las esferas de la vida, en el funcionamiento psicosocial y en la participación en la comunidad. El funcionamiento y la participación son parte esencial del desempeño

ocupacional, principal foco de interés para la profesión. El análisis de la ocupación, su forma, función y el significado son variables de estudio que permiten determinar beneficios para la salud a través de los métodos de intervención adecuados a cada contexto, entorno y/o situación personal y temporal. Las poblaciones con sufrimiento mental deben acceder a los procesos de rehabilitación, integración e inclusión, a intervenciones ocupacionales de calidad, apoyadas en teorías, y a prácticas efectivas para la reconstrucción de proyectos de vida y del desempeño ocupacional.

4. *Construir* una sociedad de oportunidades e igualdades sin exclusiones. La reducción del estigma, en todas sus dimensiones (autoestigma, estigma profesional, social, etc.) es una prioridad. Independientemente de si el contexto es clínico o social, se debe reforzar la capacitación de los individuos para la ciudadanía participativa. Un pilar básico es la continuidad entre la intervención asistencial y el abordaje social, que implica la coordinación entre los dispositivos de la red de atención y los agentes de la comunidad. Asimismo, en las comunidades autónomas donde prevalece el modelo institucional, se ha de garantizar el cambio de paradigma *dentro-fuera del hospital* por el de *inclusión en la comunidad*. El trabajo en red es una forma de organización donde se produce un intercambio de ideas, servicios, objetos y modos de hacer. Las propuestas planteadas por los terapeutas ocupacionales sirven para generar cambios en los escenarios clínicos y sociales. La idea es ofrecer un entorno sin barreras y con posibilidades. En definitiva, la transformación de los lugares de atención en espacios dinámicos de vida.

   En ocasiones, el punto de partida de la profesión es antagónico a otras propuestas de tratamiento aplicadas. La mirada sobre la persona y el contexto, así como la identificación de las fortalezas y oportunidades, es un camino diferente a la impuesta por las organizaciones excesivamente preocupadas por la enfermedad y basadas en las limitaciones.

   Las alternativas apoyadas en la creatividad, la innovación y el arte son parte esencial de la terapia ocupacional. Materializar propuestas con desafíos justos, nuevos itinerarios de participación ocupacional y la recuperación de valores sociales son elementos de la disciplina. La construcción de nuevos métodos de intervención (basados en el deporte, en la relación con animales de compañía, en la cultura y el arte) es una realidad actual en la práctica ocupacional.

4.3. Los principios éticos

La palabra "ética" deriva del griego *ethikós* y no trata solo del comportamiento moral. La ética profesional habla sobre los deberes y derechos, así como sobre la formación de los profesionales. Este concepto clave está relacionado, entre otras cosas, con la buena praxis profesional y con la garantía de calidad; principios que deben estar presentes en las

intervenciones ocupacionales. La ética y la praxis se regulan a través de los códigos éticos establecidos por la disciplina. El código deontológico recoge un conjunto de principios, que, apoyados en normas y valores de la profesión, describen la correcta praxis profesional. A nivel internacional, los códigos de ética tomados como referencia en el ejercicio de la profesión son los establecidos por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT), el Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales (COTEC) y la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). En nuestro país, los colegios y asociaciones profesionales han elaborado diferentes códigos éticos propios. Es una declaración pública de los valores y principios esenciales que debe aplicar todo profesional de terapia ocupacional en el ejercicio de su labor en cualquier escenario de actuación, para promover y mantener los más altos estándares de la conducta profesional en terapia ocupacional.

La aplicación de los principios del código ético es fundamental en situaciones específicas en las que existe un conflicto e incertidumbre donde el terapeuta ocupacional busca responsablemente su resolución. En el cuadro 4.2 se ilustran los principios de la ética en la práctica profesional.

Cuadro 4.2. Objetivos éticos en la práctica profesional

1. Formar a los terapeutas ocupacionales, a otros profesionales y al público en general sobre los principios éticos de los profesionales.
2. Fomentar el desempeño profesional siguiendo los estándares de conducta esperados.
3. Reconocer y resolver los dilemas éticos en el desarrollo del ejercicio de la disciplina.

En la práctica cotidiana, la aplicación de los principios éticos plantea situaciones relevantes tales como la incongruencia entre los procesos de rehabilitación, inserción e inclusión, el papel de la persona, la influencia de otros profesionales en el desarrollo o inhibición de la autonomía, las demandas y necesidades de las personas que padecen una enfermedad mental y la oferta de servicios, programas y/o intervenciones propuestas por los terapeutas ocupacionales.

Es importante plantearse las situaciones que provocan la confrontación entre la ética y la praxis. Es fundamental comprender los principios básicos de beneficencia y maleficencia. El principio ético de *no maleficencia* define que el terapeuta ocupacional "adoptará las medidas que sean necesarias y razonables para minimizar los riesgos de su intervención, evitar en la medida de los posible daños adicionales o subsidiarios, o agravar la situación problemática de partida, en todas aquellas personas o comunidades receptoras de sus servicios" (COPTOA, 2004). Por ello no es lícito, en las organizaciones, que la jerarquización de los roles profesionales o las sinergias de equipo deriven hacia acciones que están en la frontera de la ética profesional de la terapia

ocupacional y que pueden provocar daños en la salud ocupacional de las personas. Un ejemplo común de este hecho es escuchar a terapeutas ocupacionales quejarse de tener que trabajar en ratios de atención excesivas por el número de personas; o de tener que llevar a cabo praxis en contextos inhibidores y de un mínimo bienestar, por orden de los directores de centros o por demandas del propio sistema interno; o de tener que aplicar intervenciones a personas a las que no han evaluado.

Por tanto, la ética es uno de los elementos clave, en todas y cada una de las acciones que desarrolla el terapeuta en los diferentes ámbitos de actuación. La pretensión de ofrecer la mayor y mejor calidad posible en el ejercicio profesional de las intervenciones ocupacionales se debe apoyar indispensablemente sobre los principios y valores éticos de la disciplina.

4.4. Los principios de calidad asistencial

La calidad es definida como "el compromiso y el método utilizado para mejorar de forma continua cualquier proceso de la organización global de un servicio o institución, con el propósito de alcanzar y superar las expectativas y necesidades de los clientes" (Senllé, 1999). En los últimos años, la calidad asistencial es uno de los aspectos que mayor relevancia ha alcanzado en el ámbito de la salud mental. La calidad se aplica en las organizaciones como vía de seguridad en la atención al cliente y su familia. Por esta razón, cada vez con mayor frecuencia, los gestores de las empresas sanitarias y/o sociales tienen claro que atención y calidad van unidas en el proceso de actuación de los dispositivos. Por ello, en el marco de la rehabilitación, integración e inclusión de personas con enfermedad mental, los planes de calidad buscan ofertar servicios con la mayor calidad posible. La lucha por el valor añadido que como empresa puede ofrecer en la licitación de nuevos concursos se transforma en un elemento clave de mirada para la consecución positiva de la gestión de un determinado servicio.

Uno de los principios fundamental de la calidad es el papel de los clientes como árbitros de la misma. En este contexto, la terapia ocupacional no está exenta de controlar e impulsar la calidad en su actuación dentro de la organización en que desarrolla su praxis profesional. Integrarse en esta línea conlleva una formación que el terapeuta debe realizar para elaborar e impulsar acciones de calidad asistencial. Habilitarse para ello será algo por lo que el terapeuta debe apostar. Ocupar puestos de liderazgo es una de las vías de desarrollo necesarias para la gestión de los servicios.

Con frecuencia se piensa que la calidad de los servicios la implementan los equipos de dirección, pero ante este pensamiento no hay que olvidar la corresponsabilidad profesional, que va implícita en los procesos, las intervenciones, los programas, etc. Estos procedimientos son aplicados por los técnicos o por el personal de atención directa; dicho en otras palabras, somos responsables de la propia calidad del servicio y somos parte condicionante del mismo. No basta con tener preparados los documentos que nos piden los directores de servicio por la proximidad de una auditoría sin conocer el propósito de la misma ni la utilidad de tales documentos desde una vertiente práctica.

Informarse y formarse resulta clave para seguir mejorando, bajo el marco de calidad, la perspectiva diaria de trabajo y la atención prestada a las personas.

Por tanto, hablar de formación en calidad es señalar una inversión de futuro, que proporciona una mayor comprensión de los problemas de la intervención, un aumento de la competencia profesional y el desarrollo de habilidades requeridas para fomentar cambios y mejorar los servicios en tres líneas básicas: 1) la prevención de problemas y errores; 2) la información y análisis de problemas y errores de la práctica cotidiana actual, en la investigación, etc.; 3) el aprendizaje a partir de los problemas y errores. En el cuadro 4.3 se describen aspectos de calidad de la práctica de los terapeutas ocupacionales.

Cuadro 4.3. Finalidad de la calidad

- Determinar la práctica correcta de los estándares propios de la profesión, así como de los estándares utilizados por la organización.
- Comparar la práctica a través de la evaluación continua, para determinar si se alcanzan los mínimos establecidos, o si, por el contrario, se detectan problemas.
- Identificar las causas de los problemas.
- Aplicar los cambios necesarios para mejorarlos.
- Comprobar si los cambios son efectivos.

4.4.1. La calidad en la salud mental

En la actualidad, la atención en salud mental presenta problemas de calidad que con frecuencia se observan en la práctica cotidiana. Una de las principales dificultades observadas en este ámbito es la organización del trabajo basada en departamentos o estamentos diferenciados y autónomos. Ello lleva a realizar actuaciones fragmentadas, bien sea por la predisposición de los diversos profesionales, por el momento, por la existencia de planificación o por la delimitación de funciones.

Otro de los aspectos no relacionados con la organización, pero de gran influencia en la intervención, es la ausencia de comunicación y consenso entre profesionales y/o dispositivos; la cual que provoca:

- Falta de flexibilidad.
- Repetición de intervenciones o programas.
- Trabajos no realizados (por pensar que “son otros los que los tienen que hacer”.
- Pérdida de globalización del proceso en total.
- Formación de departamentos estancos aislados.
- Lucha por los objetivos de los profesionales y no por las necesidades del cliente.
- Ruptura de los procesos de rehabilitación, inserción o inclusión.

– Competencia entre profesionales de distintas disciplinas.

Estos factores provocan una limitación de la calidad ofrecida; si a estas dificultades derivadas del contexto laboral se añaden las derivadas de la propia disciplina, los beneficios de los programas de intervención ocupacional se pueden ver alterados. Por tanto, es importante identificar todos los elementos que condicionan la intervención a través del control de calidad, con la propuesta de acciones de mejora.

Entrando en el concepto de cambio, cabe preguntarse qué hay que cambiar. Seguramente, encontraremos propuestas de cambio en la organización y en los propios procesos de intervención. Respecto a la organización, cabría preguntarse cuándo actúa cada profesional, quién decide cuando actúa cada uno y qué intervenciones se han de aplicar en cada momento. Aunque también preguntas derivadas del quhacer y razonamiento del profesional: ¿cómo influye mi actitud en la gestión de conflictos en el proceso de atención?, ¿cuál es el nivel de predisposición al cambio?, ¿se utiliza de manera eficaz la información?

Si se pretende que la atención de la población con trastorno mental se desarrolle con las mayores garantías, los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, etc. no pueden actuar de forma parcial, intentando demostrar que unas intervenciones están por encima de otras. Es necesario desarrollar planes de calidad con la participación de todos los profesionales implicados, dedicándose cada uno al control de su propia calidad. Llevar a cabo un ejercicio de trabajo interno en que la suma de las partes sea productiva. Resulta productivo generar estrategias para confiar en los criterios de los otros profesionales que comparten el equipo. Confiar ciegamente en los criterios de las demás no resulta eficaz.

Con frecuencia existe la resistencia al cambio por parte de los profesionales, esta resistencia viene dada por el miedo a perder una habilidad, rol, o estatus; o por el temor a salir de la zona de confort. La formación es la primera piedra angular para evitar estas resistencias, tal como indica Senllé (2000):

– Nadie cambia si no se “da cuenta” de lo que le afecta.
– Para “darse cuenta” hay que formarse e informarse, que es lo contrario a conformarse. Quien se conforma y no cambia no tiene futuro.
– Será necesario, por otro lado, decidir el cambio.
– Los problemas no deben postergarse, hay que enfrentarlos y solucionarlos.
– Finalmente, para experimentar satisfacción hay que llevar la decisión a la práctica.

Existen centros que ya han iniciado acciones de calidad en las que están incluidas las aportaciones de la disciplina, con la finalidad de permitir una comprensión amplia de los problemas de las personas con enfermedad mental, del trabajo desarrollado en los recursos y de la coordinación con los profesionales. La calidad en terapia ocupacional debe desarrollarse y modificarse a lo largo de toda la carrera profesional, evitando el inmovilismo, el conformismo o la constante opinión pesimista sobre el futuro. Anclarse

en la queja no puede ser una opción para el cambio. Para fomentar el desarrollo de la calidad en terapia ocupacional se debe participar en el diseño de servicios o en planes de calidad, mejorar no solo la aportación del propio trabajo, sino también mejorar el contexto.

4.4.2. La calidad asistencial en terapia ocupacional

La profesión debe considerar las líneas actuales de calidad con el fin de mejorar las aportaciones de su intervención. Asimismo, el crecimiento como profesión será fundamental en este contexto, ya que la calidad implica la coordinación y consenso de todos los profesionales, incluidos los gestores. Hablar del futuro no es obviar el presente, algunos planes de calidad desarrollados por terapeutas ocupacionales siguen las siguientes líneas:

1. Diseñar el servicio de terapia ocupacional con el pertinente control de la calidad.
2. Participar en la planificación, desarrollo y seguimiento de procesos asistenciales.
3. Elaborar acciones de mejora en grupos de trabajo sobre problemas asistenciales.
4. Participar en grupos de reflexión y debate sobre problemas derivados de la práctica diaria con las posibles vías de solución.

Los procesos de intervención en terapia ocupacional tienen la finalidad de ofrecer el mayor nivel de calidad posible a cada usuario, a través del control de todas las fases del proceso: evaluación, planificación, intervención y revaluación. La base de los modelos y enfoques teóricos y la delimitación de los grados de apoyo permiten desarrollar la intervención con el planteamiento de indicadores que facilitan la observación de beneficios y errores de la intervención.

Existen normas que facilitan el diseño de servicios y la ejecución de procesos de calidad asistencial. Por ello, los terapeutas ocupacionales deben controlar la calidad de los servicios, considerando:

- La especificidad del servicio con la inclusión de la planificación, acciones y controles necesarios.
- La programación de las acciones específicas de calidad y las referidas a la calidad total o integral.
- Los procedimientos previstos para revisiones y cambios de diseño.
- La integración, sensibilización y motivación de las personas en el proyecto.
- Los instrumentos de análisis que aseguren que el servicio cumplirá con las exigencias del cliente.
- La metodología de control: comités de mejora, círculos de calidad, reuniones, medios y sistemas de autocontrol.

- La sistematización de datos y variables.
- La determinación de índices y costos de la no calidad.
- El sistema de mejora continua en el que participen todas las personas relacionadas con el servicio.

4.5. Los procesos de organización e intervención en terapia ocupacional

La formación pregrado del terapeuta ocupacional se ha orientado a la gestión de casos. Este proceso, denominado *proceso de intervención individual,* se describe de diferentes formas según la fuente utilizada, y engloba desde tres fases (evaluación, planificación e intervención) a las siete fases propuestas por el modelo canadiense. Esta forma de organizar la práctica es útil en la gestión de las situaciones individuales del día a día.

Desde finales de la década de los 90 del siglo XX, las necesidades asistenciales adjudican otras funciones a los terapeutas ocupacionales. La demanda no va dirigida solamente hacia la intervención individual, sino también hacia la población de un servicio determinado. El término *programa* está presente en las funciones que debe desempeñar el terapeuta ocupacional contratado en salud mental. Aspecto este que provoca la implementación de otro tipo de metodología previa y diferenciadora, que en este manual se denomina *proceso de organización*. Ambos métodos están relacionados con la intervención, pero es oportuno diferenciarlos por ser procedimientos de diferentes niveles. La influencia de los procesos de calidad asistencial, la cultura del trabajo por programas y el cumplimiento de indicadores son factores que han llevado a diferenciar estos dos procedimientos utilizados en la práctica.

En la actualidad, trabajar con planes y programas es una realidad en toda España. No es ninguna novedad para la profesión, pero sí que hay que resaltarlo por el aumento exponencial de esta competencia profesional. En la misma línea, no hay que olvidar que el proceso de intervención está vinculado al de organización. Para determinar las intervenciones individuales es necesario partir de una base, de unas propuestas establecidas globalmente para un colectivo, las cuales se organizan sobre las variables que engloban un dispositivo y a la comunidad: espacios, equipos, tiempos y métodos, entre otros.

4.5.1. El proceso de intervención con poblaciones y contextos

La intervención con poblaciones y contextos corresponde al proceso de organización de programas y propuestas de acción de la profesión. La palabra “organización” procede del griego *organón*, que puede traducirse como “herramienta o instrumento”. Este término hace referencia a la estructura organizativa del trabajo cotidiano. Una estructura que permite conocer las partes del plan ocupacional, la conveniente distribución de los medios materiales y personales requeridos y la función asignada a cada una de las variables dentro de las entidades.

Por tanto, el *proceso de organización* se define como el conjunto de pasos ordenados y necesarios para alcanzar un objetivo dentro de la globalidad de los contextos. Es la determinación de las acciones que se pretenden realizar para transformar o cambiar una situación basal hacía un estado deseado, por medio de agentes y/o recursos coordinados y con el propósito certero de lograr estos objetivos. En el cuadro 4.4 se describen algunos de los factores implícitos en el proceso de organización.

Cuadro 4.4. Aspectos fundamentales del proceso de organización

- ¿Por qué y cómo surgió la demanda de un programa de terapia ocupacional? (motivación o causa de la organización para demandar la intervención).
- El análisis de la oferta-demanda solicitada y la respuesta que se ofrecerá.
- La especificidad del contexto laboral.
- El perfil y necesidades ocupacionales de las poblaciones a las que se ha de atender.
- Los principios fundamentales y el marco conceptual de terapia ocupacional.
- La pertinencia de las acciones y la descripción de los programas de atención global y específicos.
- Las condiciones necesarias para la implementación.
- Los resultados esperados con la implementación del programa.

Estos factores, unidos a las consideraciones específicas del ciclo vital de las personas, los apoyos de los que disponen, los problemas asociados al diagnóstico y los límites del tratamiento, etc. son los que definen el diseño y la fase de implementación de los programas. Este proceso presenta variaciones importantes respecto a la forma, el sentido, la aplicación y el resultado de las aportaciones de terapia ocupacional en salud mental. Para definir el *proceso de organización* es recomendable analizar dos grandes bloques de variables que condicionan su diseño: por una parte, las "variables normativas" que están ligadas a la profesión (filosofía, modelo teórico, metodología, etc.). Y por otra parte, las "variables causales" relacionadas con el contexto laboral, con las líneas políticas, con la organización específica del sistema, sus prioridades asistenciales o las necesidades de la población.

En la segunda parte de este manual se describen las fases y elementos del proceso de organización y se ofrecen ejemplos y recomendaciones sobre el análisis, diseño, implementación y evaluación de programas de intervención ocupacional. Al ser un manual práctico consideramos importante destacar no solo los pasos del proceso, sino también parte de los problemas que surgen ante la ausencia de un proceso organizativo del terapeuta ocupacional, para facilitar la identificación de los mismos en la práctica. En el cuadro 4.5 se ilustran algunos de los ejemplos de los problemas que se encuentran los terapeutas ocupacionales en la práctica cotidiana por ausencia del proceso de organización.

Cuadro 4.5. Problemas derivados de la ausencia del proceso de organización

- Dificultades para identificar parámetros de inicio y final.
- Ambigüedad del terapeuta ocupacional sobre sus aportaciones.
- Percepción de tener que hacer muchas cosas y no llegar a nada.
- Falta de identificación de los factores que deben ser modificados.
- Ausencia de análisis temporal de los programas.
- Actuación dentro de los sistemas sin describir una evaluación sistematizada de los resultados y del propio proceso.
- Marco amplísimo de expectativas y posibilidades que no se concretan en el tiempo y el espacio.

4.5.2. El proceso de intervención individual

El proceso de intervención engloba el desarrollo de las distintas fases necesarias para la gestión de casos o situaciones. Consiste en facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud a través de las medidas adoptadas por los profesionales en colaboración con los clientes. Los terapeutas ocupacionales utilizan la información obtenida durante la evaluación para dirigir las intervenciones centradas en la ocupación. Se aplica para ayudar al cliente a alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social; para identificar y lograr aspiraciones; para satisfacer necesidades; y para cambiar o hacer frente al entorno en el que participa (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2010).

Igual que ocurría con el proceso de organización, y según la literatura de la profesión, existen diversas metodologías para definir este proceso. Las más utilizadas son las fases de evaluación, planificación, intervención y revaluación. Si bien, algunas realidades limitan las fases de este proceso según:

- El contexto donde se realiza la evaluación: ambiente (unidades de agudos, subagudos, media estancia, etc.), cobertura profesional, entorno laboral, etc.
- Las consideraciones diagnósticas (sintomatología positiva o negativa, déficits cognitivos, etc.).
- El curso o situación de la enfermedad.
- Las diferencias terminológicas.
- El tiempo de experiencia en la práctica del profesional, la disponibilidad para desarrollar el proceso, etc.
- La formación específica en herramientas y metodologías relacionadas con las fases del proceso.

PARTE II

LA INTERVENCIÓN CON POBLACIONES Y CONTEXTOS: EL PROCESO DE ORGANIZACIÓN

5

Elaboración de programas en terapia ocupacional

En la primera parte de este manual se ha explicitado la mirada de la profesión hacia las poblaciones y contextos. Esta perspectiva, centrada en la población y en el contexto, ha generado una creciente demanda de formación, por parte de los terapeutas ocupacionales, respecto al diseño de programas, la implementación y la evaluación de los programas de intervención ocupacional. La necesidad de elaborar programas ha determinado que la segunda parte del manual esté dedicada a la descripción de los elementos requeridos para elaborar programas de intervención ocupacional.

El propósito de este capítulo es detallar los elementos *guía* necesarios para intervenir o atender a una población y al contexto a través del proceso de organización y de la creación de programas.

La intervención con poblaciones en contextos, generalmente en sistemas, es una práctica habitual de la última década. La intervención con programas es una demanda actual y real de la disciplina en España y, por ende, los profesionales debemos saber responder a esta demanda. Existen múltiples situaciones cotidianas donde plantear los procesos de organización. Las siguientes situaciones son un ejemplo de esta realidad.

Primera situación

"Ana es una terapeuta ocupacional que acaba de ser contratada en una residencia asistida para personas con trastorno mental grave. La residencia se inauguró hace un mes y medio. En la primera semana de trabajo, el director de la residencia le solicita el diseño de un programa de terapia ocupacional para los residentes".

Segunda situación

"En una unidad de larga estancia psiquiátrica, donde se atiende a 50 personas, se solicita al terapeuta ocupacional la organización del programa de intervenciones ocupacionales. Además, debe organizar el trabajo de seis monitores que serán los profesionales que implementarán el programa".

Para diseñar e implementar un plan, programa o proyecto, es imprescindible hacerlo mediante el desarrollo de una serie de fases, la primera de las cuales es el análisis de la realidad. Dicho análisis se centra en la definición de las necesidades ocupacionales de la población y en el conocimiento del contexto donde se pretende implementar. Las preguntas que debemos responder son las siguientes: ¿por qué es importante y necesario que en terapia ocupacional se elaboren programas de intervención ocupacional para una población?; ¿qué aporta el trabajo por programas?; ¿cuáles son las fases y los tiempos para poder realizar programas en terapia ocupacional? En este capítulo intentamos responder a estas y otras preguntas, comenzando por los beneficios y la importancia de trabajar a través de programas.

5.1. El concepto de programa

Un programa es un conjunto de acciones sistemáticas, planificadas y diseñadas sobre una o varias bases teóricas, orientadas a unas metas, como respuesta a unas necesidades ocupacionales de individuos y/o colectivos en contextos o situaciones determinadas. Es un concepto utilizado en múltiples ámbitos (sanitario, servicios sociales, educación, laboral, etc.). Existe la necesidad profesional de unificar las terminologías y los métodos, que, junto a la evaluación global de dispositivos y de procedimientos, permiten describir la intervención mediante programas, conocidos en la práctica cotidiana como "globales" o "específicos", para los diferentes ámbitos: rehabilitación, integración e inclusión.

Los programas también han sido definidos como el conjunto *especificado* de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implementados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas (Fernández, 1992). En la misma línea, Fink (1993) añade que también son los esfuerzos *sistemático*s ejecutados para lograr objetivos *preplanificados* con el fin de mejorar la salud, el conocimiento, las actitudes y la práctica. Por lo tanto, un programa es en sí mismo una unidad que persigue unos objetivos y que requiere una estructura interna para alcanzar el fin propuesto. Los programas deben ser:

1. *Sistemáticos:* Son los obtenidos a través de la planificación, las acciones y/o las actividades realizadas.
2. *Específicos:* Son los basados en el análisis de la realidad de acuerdo con los conceptos clave.
3. *Metodológicos y medibles:* Deben ofrecer garantía de resultados.

En consecuencia, las propuestas sin una rigurosa planificación, aunque contengan unos objetivos, no las podemos considerar programa. El término "programa" se utiliza para describir la globalidad de la intervención ante las necesidades ocupacionales de una población.

Existen otros términos de la palabra "programa", diferenciados y organizados por la complejidad de sus elementos constituyentes y por los contextos físicos y administrativos

dónde se aplican (Fernández, 2001). La variada nomenclatura de los programas viene dada por los niveles de implementación, que abarcan desde lo más general hasta lo más específico:

1. *Programas políticos:* Es la ideología que marca las acciones que se han de seguir en un área determinada. Dicha ideología está definida por los organismos e instituciones públicas que gobiernan en períodos determinados. Así, hablamos de la política sanitaria de un país o de una comunidad autónoma. Las políticas no solo dependen de cada país, ya que los países se alinean con las directrices políticas marcadas por organismos internacionales tales como la Unión Europea (UE) o la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. *Plan:* Es el conjunto de programas con objetivos comunes. Dan las orientaciones y ordenan las prioridades de una determinada política. Establece los objetivos generales y los disgrega en objetivos específicos, que van a constituir los objetivos generales de los programas. Los implementan los diferentes organismos internacionales y las administraciones del Estado, las comunidades autónomas y los ayuntamientos.
3. *Programa:* Es un conjunto de proyectos que persiguen los mismos objetivos, estableciendo las pirámides de intervención, definiendo el marco institucional y asignando los recursos.
4. *Proyecto:* Es la unidad mínima de asignación de recursos. Es un conjunto de actividades interrelacionadas y coordinadas para alcanzar objetivos específicos dentro de los límites de un presupuesto y un período dado. Constituyen la unidad más operativa del proceso de planificación. Su meta es solucionar un problema concreto identificado.

Los programas y proyectos son la traducción operativa de los planes y políticas. Las propuestas de la profesión pueden realizarse en cualquiera de los niveles anteriormente citados de acuerdo con el contexto de trabajo y sus características. En este manual, para evitar confusiones conceptuales, llamaremos *programa* al diseño de las acciones.

5.2. La finalidad de los programas

El *propósito* y la *forma* de los programas han evolucionado ligados, entre otros factores, a diferentes momentos políticos y sociales en nuestro país. Mucho ha acontecido desde los primeros programas, centrados en los *cuidados básicos*, el trabajo y el ocio, hasta los actuales programas de inclusión o empoderamiento social. Un factor importante, que ha influido en el propósito y la forma de los programas, ha sido la descentralización del contexto institucional hacia la comunidad, lo que ha generado la necesidad de cambio en las estructuras y los métodos tradicionales, así como propuestas innovadoras y adaptadas al contexto sociocultural.

El trabajo por programas *permite* al terapeuta ocupacional delimitar cuáles son las dimensiones y/o áreas de la intervención, así como los resultados esperados. Es muy difícil comenzar a trabajar con una población sin considerar la estructura, la planificación de los medios y/o las acciones con los que se cuenta. Los programas se *diseñan* después de efectuar un *análisis de la realidad*. Es incongruente *implementar* programas de intervención ocupacional basados en resultados de otras experiencias (propias o ajenas) sin analizar y considerar la población, el contexto y la realidad sobre la que se interviene.

La *finalidad* de los programas es transformar la realidad existente en un momento dado en otra realidad deseada. Todo programa parte de la existencia de un problema en una población, que se traduce en situaciones observables de manera empírica que requieren de un análisis técnico y que no se pueden basar en suposiciones o creencias individuales. En el cuadro 5.1 ilustramos de forma genérica la finalidad de los programas de intervención ocupacional.

Cuadro 5.1. La finalidad de los programas de intervención ocupacional

- Acceder a proyectos de vida.
- Facilitar a los individuos la participación ocupacional como ciudadanos de pleno derecho, en entornos reales y significativos.
- Desarrollar roles ocupacionales.
- Potenciar hábitos y rutinas congruentes con el estilo y el proyecto de vida de cada individuo.
- Promover habilidades funcionales que permitan a las personas vivir de forma autónoma, independiente y satisfactoria.
- Reducir el sufrimiento y promover la búsqueda de la inclusión.
- Facilitar mecanismos para manejar situaciones cotidianas mediante la confianza personal.
- Proporcionar escenarios y oportunidades para las familias, con el fin de flexibilizar formas de vinculación más sanas que proporcionen un mayor sentido de bienestar.
- Ofrecer alternativas para elegir un proceso de intervención individualizado y personalizado.
- Adaptar, flexibilizar y vincular el desempeño ocupacional de la persona.
- Utilizar la comunidad como contexto de rehabilitación, integración e inclusión.

A pesar de que en cada comunidad autónoma y en las empresas de gestión sanitaria del mismo territorio existen distintos planes de atención y organización, estos presentan múltiples similitudes en la delimitación de los programas, si bien varían por los sistemas de organización y por el nombre que se les otorga (“bloques”, “programas”, “estructuras”, etc.), o por la organización que se les da (jerarquizados, protocolizados, etc.). En algunos casos, al analizar los programas de intervención ocupacional, se

observan carencias teóricas importantes en su fundamentación. Se debe considerar que llevar a cabo programas o actividades no es sinónimo de una intervención rehabilitadora o integradora; y mucho menos inclusiva. Se requiere profundizar en los procesos de organización e intervención, con el sustento de las bases teóricas de la profesión, que garanticen una mínima y necesaria calidad de la atención en el marco de la salud.

Las bases teóricas y conceptuales proporcionan un *esquema de trabajo* y un lenguaje profesional; asimismo, facilitan principios, conceptos y metodologías. Los modelos se definen como "instrumentos que organizan el conocimiento y son la guía para aplicar la práctica profesional". La adecuada utilización de los modelos, teóricos o conceptuales, implica la comprensión por parte del terapeuta ocupacional de los elementos que los integran y de su interrelación. Por lo tanto, es importante conocer la organización de sus conceptos para reflexionar e integrar:

1. Los supuestos filosóficos acerca de los principios del modelo y la interpretación sobre estos postulados.
2. La base teórica utilizada para definir los conceptos.
3. La organización del modelo teórico: constructos de persona, salud y enfermedad, ocupación y entorno en sus diversas dimensiones.
4. Las potencialidades y limitaciones de la perspectiva del modelo.
5. El papel que deben desempeñar el paciente y el terapeuta ocupacional.
6. Los beneficiarios de la intervención de terapia ocupacional.

Emplear esquemas basados en teorías de intervención ocupacional evita conflictos en la práctica cotidiana. El trabajo en un equipo implica la argumentación de las bases teóricas propias de cada disciplina. La práctica basada en la experiencia, denominada por algunos autores "teorías personales", ayuda al diseño; pero, sin una base teórica, no se aprecian los errores reales de la práctica.

En definitiva, delimitar la importancia del proceso de organización es garantizar la construcción de oportunidades ocupacionales consistentes, adaptadas a la realidad, sostenibles y basadas en los principios del paradigma de la profesión.

5.3. Las consideraciones específicas de los programas

Siempre debemos partir de las necesidades ocupacionales. La definición de necesidad es clave para iniciar el proceso, tal y como se señala en el capítulo 6 ("El análisis de la realidad"). Cuando la necesidad no se satisface, da lugar a un problema en la salud ocupacional de la población, que puede ser inmediato o a largo plazo. Con la ejecución de los programas se pretende solucionar dicho problema y evitar, o minimizar, el impacto negativo en una determinada realidad, mejorando la calidad de vida y el bienestar de la población a través de la enseñanza de las limitaciones que pueden provocar esta necesidad no cubierta. Las características fundamentales de los programas de intervención ocupacional son:

- *Pertinencia:* Es la respuesta y adecuación del programa a las necesidades existentes y a los objetivos propuestos con acciones y/o actividades. En terapia ocupacional, en ocasiones los programas no son pertinentes, porque las necesidades no vienen definidas por los conceptos propios de la disciplina, sino por concepciones y necesidades marcadas por otras áreas de competencia, por las características del propio profesional (estilo de trabajo, motivación, razonamiento, etc.) o por el fin e historia que rige el dispositivo.
- *Eficacia:* Es el impacto o el efecto de una acción llevada a cabo en las mejores condiciones posibles o experimentales. En nuestro ámbito se hace referencia al impacto o al efecto de una acción sobre el nivel de salud o bienestar de la población en condiciones óptimas. La eficacia responde a la capacidad esperada de un curso o acción (bajo condiciones de uso y de aplicación ideales) para mejorar el nivel de salud de un colectivo.
- *Efectividad:* Es el impacto que se alcanza a causa de una acción llevada a cabo en condiciones habituales. Se refiere a la posibilidad de que un individuo o colectivo se beneficie de un procedimiento de intervención ocupacional.
- *Eficiencia:* Relación entre el programa y los recursos económicos, temporales, materiales y humanos invertidos. Un programa eficiente es el que consigue mejores resultados de acuerdo con los recursos invertidos.
- *Sustentabilidad:* Un programa es sustentable sí existen recursos físicos, humanos y financieros para ser debidamente implementado.
- *Sostenibilidad:* Es sostenible cuándo los impactos conseguidos perduran en el tiempo.
- *Impacto:* Es la magnitud cuantitativa del cambio en el problema de la población a la que se dirige el programa, como resultado de las acciones realizadas. Engloba todo lo que se puede lograr utilizando condiciones ideales y se mide comparando la situación inicial con la posterior. Para que se cumpla el impacto primero tienen que existir las condiciones de sustentabilidad y sostenibilidad. Para maximizar esta transformación es necesario que la población objetivo participe y manifieste sus necesidades y capacidades de modo que las personas sientan el programa como suyo. Cuando las necesidades (y el potencial) de las personas están únicamente definidas por los técnicos, los impactos suelen ser menores de lo que deberían ser.
- *Viabilidad:* Las propuestas deben estar adaptadas a la realidad del contexto. Debe ser viable en un proceso gradual, ya que proponer acciones de difícil consecución deriva en una viabilidad limitada del mismo.
- *Flexibilidad:* El grado de flexibilidad debe ser considerado de acuerdo con el fin del programa que se va a desarrollar, con las características cambiantes de la situación de los colectivos a las que va dirigido, así como con las del contexto de implementación. Los criterios de un programa, deben servir de eje para ajustar las condiciones mínimas y óptimas de acción.
- *Dinamismo:* En contraposición a lo estático. Viene fundamentalmente

determinado por las habilidades del terapeuta y por la diversidad propia de las personas participantes.

Estos factores, así como la interrelación que se establece entre ellos, son claves para el desarrollo y el crecimiento de un programa, en el tiempo y en el entorno de una realidad. Cuando diseñamos un nuevo programa en las organizaciones o contextos de trabajo, pensamos en beneficios, previsiones y acciones futuras. Pero antes de llegar a esto hemos tenido que realizar un trabajo previo de diseño, conceptualización, construcción y validación del proyecto. De estas premisas surgen preguntas necesarias en el diseño de las propuestas.

1. *¿Es deseable?*

   ¿Lo quiere la organización? ¿Lo quieren los clientes? Es importante preguntarse hasta qué punto el programa será aceptado por las organizaciones, los individuos y/o las poblaciones a las que va dirigido.

2. *¿Es factible?*

   ¿Disponemos de la técnica y los recursos humanos y de gestión necesarios para su desarrollo? Es importante disponer de recursos y conocimientos para hacer factible el programa. Según sea la propuesta y la base utilizada, así será la probabilidad de ser factible o no.

3. *¿Es viable?*

   ¿Cómo se financia económicamente? Por supuesto, esta parte es fundamental dado que supone la disposición de recursos para implementar la propuesta.

En definitiva, en todo programa es fundamental partir de un análisis serio y concreto de la deseabilidad de la propuesta, o, mejor aún, estudiar qué desean los clientes, las personas y las organizaciones. A partir de ahí, desde cero, construir una oferta viable, creíble y atractiva. El punto clave de todo programa, producto o servicio no son nuestras capacidades, nuestros recursos o nuestros conocimientos, son los clientes, las poblaciones, organizaciones y/o comunidades, en términos de efectividad, eficiencia e impacto.

5.4. El proceso y las fases para elaborar los programas de intervención ocupacional en los diferentes contextos

Concretar la creación de un programa para una población supone iniciar el proceso de organización por el punto clave: *el análisis de la realidad*. El propósito de organizar las fases es dar orden a todas las acciones y al tiempo requerido en cada una de ellas: desde la visualización de necesidades ocupacionales de la población hasta las propuestas y los mecanismos del planteamiento ocupacional, que engloba el planteamiento estratégico de implementación y el impacto de la intervención. Los programas, que son la parte solicitada, son el resultado más visible de todo este proceso de organización.

Replantear qué proceso se precisa para el diseño y la implementación de los programas en el contexto laboral del terapeuta ocupacional es una responsabilidad ética que no se puede obviar. Al igual que ocurre en el proceso de gestión de situaciones individuales, la intervención con poblaciones precisa la descripción de una serie de fases o pasos definidos previamente.

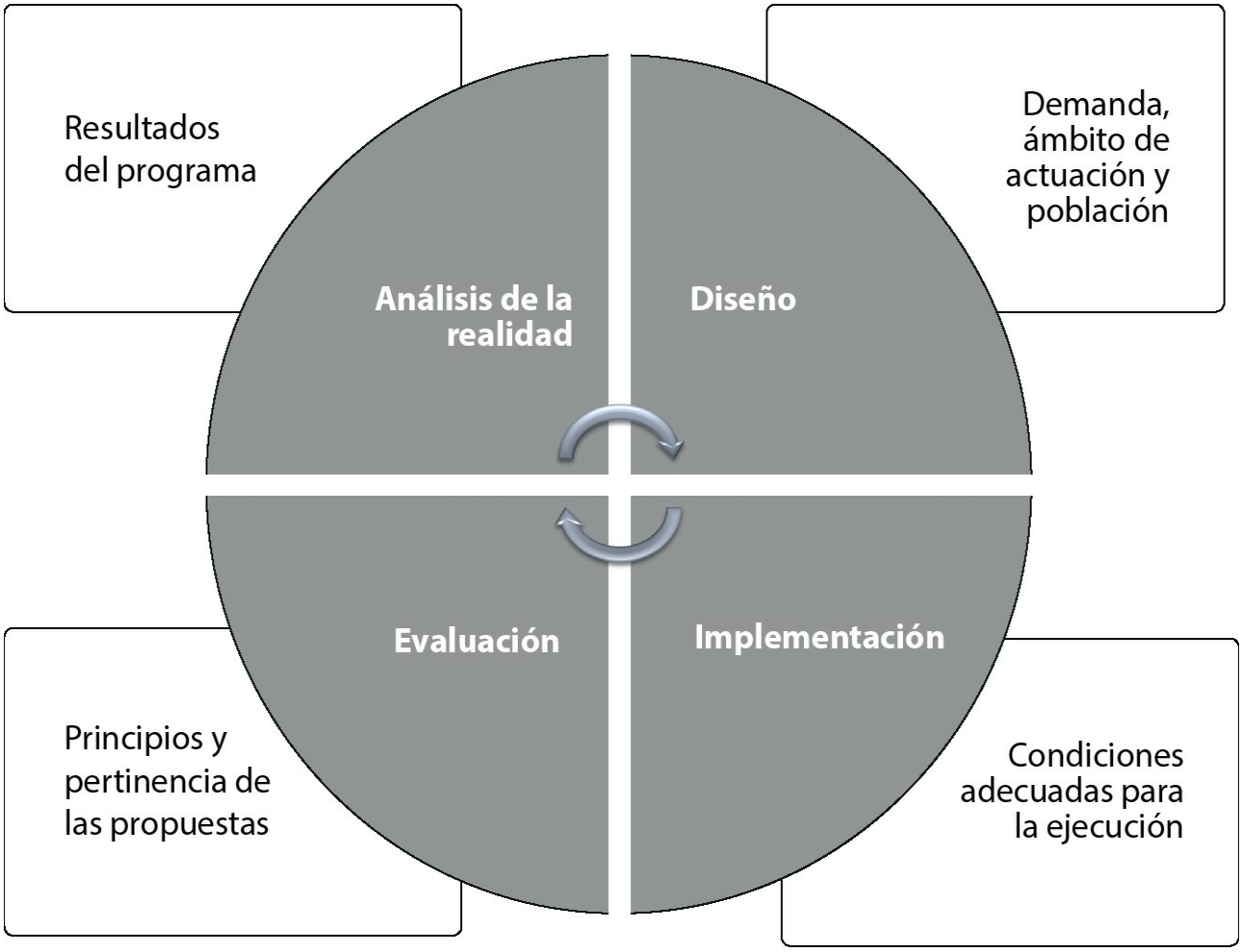


Figura 5.1. Fases del proceso de organización en terapia ocupacional.

En este manual se describe el proceso ilustrado en la figura 5.1, el cual se ha

dividido en cuatro fases: análisis de la realidad, diseño, implementación y evaluación. Estas fases son interdependientes entre sí y guían el programa desde el inicio (momento en que detectamos la existencia de problemas o necesidades de intervención ocupacional) hasta el final (momento en que se consigue el cambio previsto). Todas las fases son fundamentales; cada una de ellas incluye diferentes variables que facilitan la comprensión de la labor del terapeuta ocupacional en el diseño de programas y delimitan los tiempos necesarios para cada etapa. Tiempos y variables que dependerán, en gran medida, de los factores contextuales y de la habilidad del terapeuta para manejarlos en favor del desarrollo óptimo de los programas en toda su globalidad.

6
El análisis de la realidad

El análisis de la realidad es la fase donde se examinan la población, el contexto y las situaciones, por tanto, es el primer paso en la elaboración de cualquier programa de intervención ocupacional. Es una etapa esencial que permite identificar las necesidades ocupacionales, los problemas existentes y sus causas, los factores del contexto y los actores claves en el programa. Se realiza en el territorio donde se ha de ejecutar el programa, para reconocer los signos reales de la situación que existe. Cuanto más minucioso sea el análisis, más posibilidades existen de determinar el impacto y los efectos del programa en la salud y bienestar de las personas. Este análisis consta de los siguientes puntos: origen de la demanda, identificación de la población e identificación del contexto.

En definitiva, es la recogida de información y su análisis para determinar lo que está ocurriendo, por qué ocurre y como debería ser esta realidad. Es una *foto* del contexto y de la población para elaborar propuestas. La selección del método de análisis no ocurre porque sí, depende de unas decisiones que la preceden, tiene que ver con un posicionamiento personal y teórico que establece una determinada óptica sobre las necesidades ocupacionales de la población. Según sea está visión, la metodología, las técnicas de recogida de datos, el análisis y los resultados tendrán diferencias significativas. En este manual nos interesamos por procesos globales de la interacción de la población con su contexto, que engloban la subjetividad y las cuestiones relativas a la creación y a la búsqueda de significados para los colectivos en el desarrollo de su participación en ocupaciones en sus contextos socioculturales.

Por esta razón, el proceso de análisis se efectúa no solo sobre el entorno, sino también sobre el contexto. Además, debe recoger las percepciones de las personas en la identificación de sus propias necesidades. Si estas percepciones no se obtienen en el análisis inicial, deben ser recogidas posteriormente. A nuestro entender, el análisis de la realidad engloba como mínimo tres tipos de estudio, que corresponden a la oferta-demanda, a la población y al ámbito de actuación.

6.1. El origen de la propuesta: análisis de la demanda y la oferta

Se considera imprescindible analizar las demandas del entorno laboral. La contratación de un terapeuta lleva a formularse la siguiente pregunta: ¿qué solicita el contexto al terapeuta ocupacional? En ocasiones, la demanda inicial es totalmente incongruente con las competencias profesionales. Precisamente por estas situaciones de incongruencia con las competencias, en el capítulo 4 se han descrito los elementos fundamentales de la terapia ocupacional en la práctica, resaltando los principios éticos y de calidad asistencial. Por esta razón, es necesario analizar las demandas de las organizaciones como punto inicial de las propuestas.

6.1.1. Ejemplo de demandas en la práctica

Desde el inicio es importante identificar el propósito y definir el grado de conocimiento de la profesión que posee la persona que contrata a un terapeuta ocupacional; así como las innovaciones permitidas, para introducir variaciones en la primera demanda solicitada. En esta línea, se debe valorar si la instancia realizada se ajusta al perfil y competencias de la disciplina, o por el contrario es incompatible con la ética profesional (principio de beneficencia y maleficencia). En ambos casos, es fundamental negociar y ajustar la demanda, establecer los niveles de compromiso y responsabilidad, y definir el grado de cobertura profesional mínimo y necesario para el desarrollo de los procesos. Asimismo, lo es determinar la autonomía profesional en la elaboración de los programas, el nivel de apoyo (comunitario, organizativo y de equipo) para acometer la implementación, y las vías de canalización de la información y resolución de posibles conflictos. Este primer análisis permite evitar un buen número de problemas posteriores y sitúa los parámetros esenciales de la intervención ocupacional.

También, el terapeuta ocupacional debe ejercer sus derechos frente a situaciones incongruentes, poniendo en marcha canales apropiados para solventar situaciones donde el perfil de actuación no corresponda con el ejercicio de la disciplina. Los movimientos asociativos son canales de consulta, apoyo y asesoramiento para poder garantizar que la praxis sea la correcta. En los cuadros 6.1 y 6.2 se describen ejemplos de demandas reales solicitadas a terapeutas ocupacionales en la práctica profesional.

Cuadro 6.1. Demandas congruentes

- "Diseñar programas de intervención ocupacional para un dispositivo de rehabilitación comunitaria"
- "Crear proyectos de generalización en la comunidad"
- "Gestionar casos, para determinar las intervenciones ocupacionales adecuadas dentro del equipo interdisciplinar"
- "Gestionar intervenciones ocupacionales y de los monitores para la implementación de actividades en un entorno determinado"

Cuadro 6.2. Demandas incongruentes

- "Realizar actividades de talleres predeterminados"
- "Entretener al mayor número de personas posible"
- "Movilizar usuarios"
- "Colaborar con la enfermera en las actividades"
- "Aplicar actividades que me organiza el psicólogo"
- "Realizar las actividades prescritas por el psiquiatra o el psicólogo"

6.2. El análisis de la población: perfiles y necesidades ocupacionales

En la práctica actual, el análisis de la población es un tema complejo, pero necesario, que obliga a los terapeutas ocupacionales a una reflexión continua. Actualmente, el estudio de necesidades se está desarrollando a diferentes niveles. Por un lado, se están identificando, globalmente, los tipos de personas a las que se atiende. En la práctica cotidiana es común observar la heterogeneidad de la población y la dificultad implícita de diseñar programas sin un criterio de clasificación. La cuestión es cómo podemos clasificar a la población. O qué criterios homogéneos se utilizan para que la terminología de todo el equipo sea operativa.

Para identificar las necesidades del perfil destinatario de la intervención se realiza un examen preliminar. En primer lugar, se recoge información de sexo, edad y etapa del ciclo vital, nivel educativo, estado civil y profesión. En segundo lugar, se reúne información sobre los problemas de la población estudiada, sus intereses y expectativas, debilidades y fortalezas, relaciones que mantienen entre ellos o con otros implicados, así como sobre los entornos en los que se desenvuelven para determinar el perfil del grupo. En tercer y último lugar, analizamos las necesidades ocupacionales globales de la población. Por todo ello, se establecen dos tipos de análisis de la población: 1) análisis *global* centrado en las características sociodemográficas y; 2) análisis *específico*, correspondiente a las necesidades y problemas ocupacionales de las personas destinatarias.

6.2.1. Los perfiles de la población a la que se va a atender

Diversas son las clasificaciones que se han utilizado para definir y organizar a las personas con sufrimiento mental. Comprender a la población con la que se ha de intervenir es fundamental para diseñar las líneas de acción. La mayoría de las clasificaciones se fundamentan en los diagnósticos o aspectos psicopatológicos. Blanco y Pastor (1997) proponen criterios basados no solamente en el diagnóstico y el síntoma, sino que contemplan la transversalidad de la etapa vital.

- Mayor vulnerabilidad al estrés.

- Dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Nula conciencia de enfermedad. Ausencia o dificultades importantes en el autocontrol.
- Déficit en las destrezas y capacidades, y en la forma de utilizarlas para manejarse autónomamente.
- Dificultades para interactuar socialmente, con pérdida de redes sociales de apoyo que, en muchos casos, se limitan solo a su familia, lo que conduce al aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder al mundo laboral y mantenerse en él, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y, por tanto, dependencia económica, pobreza y marginación.
- Alteración conductual grave (agresividad, intentos de suicidio, conducta sexual inadecuada, atentados contra la propiedad, etc.), complicada con situaciones de consumo, que conducen frecuentemente a problemas legales.
- Fragmentación del proyecto de vida o ruptura con sentimiento de ineficacia muy marcado.
- Autoimagen distorsionada y/o alterada, que se construye el propio individuo, por la sensación de fracaso o inhabilidad, incompatible con el inicio de planes.
- A pesar del control sintomatológico, los déficits y las discapacidades persisten y dificultan el funcionamiento autónomo y la integración social. La atención —mediante programas de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social de manera flexible y continuada— es necesaria para favorecer el ajuste social.

El análisis de la población debe basarse en indicadores que permitan obtener una *foto* global de su perfil. Evitamos categorizar a las personas, pero es obligado describir las características de cada grupo. Las líneas de acción que se siguen en el diseño de programas se trazan de acuerdo con las características de la población atendida.

A continuación se describe una clasificación utilizada por terapeutas ocupacionales en el diseño de programas. Los criterios de categorización empleados en esta clasificación están basados en la etapa vital, el desempeño o afectación funcional, y en los grados de apoyo. Se describen tres perfiles de población con posibles subdivisiones en cada uno. Los dos primeros corresponden a personas jóvenes o de mediana edad, mientras que el tercero y último corresponden a personas de edad avanzada.

A) Población con limitaciones y/o restricciones del desempeño ocupacional en su medio sociocultural

Este grupo de población corresponde a personas jóvenes o de media edad, con alteraciones importantes en su desempeño ocupacional que dificultan la adaptación a su

medio; sus recursos económicos son limitados y viven generalmente con su familia. Habitualmente se pueden subdividir, dependiendo de las posibilidades de integración e inclusión, en:

- Oportunidades de participación ocupacional con apoyo profesional (programas o estructuras).
- Oportunidades de participación ocupacional en alternativas naturales de la comunidad, sin apoyos.

B) Población con grandes dificultades en el desempeño ocupacional que precisa entornos de apoyo continúo

Este grupo de población corresponde a personas jóvenes o de media edad que pueden presentar sintomatología positiva y/o negativa, gran disfunción psicosocial que dificulta su adaptación al medio social; en algunos casos existen conductas antisociales, varios años de hospitalización psiquiátrica, escaso o nulo soporte familiar, no responden al tratamiento con antipsicóticos ni a la rehabilitación psicosocial. Son personas que precisan atención continuada. Su atención supone un alto coste económico. Son atendidos en diferentes servicios con la aplicación de programas de intervención coordinados y altamente estructurados. Se pueden subdividir en:

- Personas con descompensación permanente, crónicos agudizados, de alto riesgo para ellos mismos y/o para terceros, con alta inestabilidad clínica y elevada necesidad de soporte.
- Personas que precisan un programa de atención orientado a la conciencia de enfermedad, control de impulsos, consumo de tóxicos que permita el aprendizaje y la aceptación de límites y tolerancia a la frustración.
- Personas en fase de reintegración a la comunidad, con déficits en el desempeño, pero con la suficiente capacidad que posibilita alcanzar niveles de autonomía aceptables.
- Personas con hábitos y rutinas *institucionalizadas* en los servicios que dificultan el proceso de inclusión en la comunidad.

C) Población con graves dificultades en el desempeño ocupacional

Personas de edad avanzada que presentan limitaciones físicas y/o psicosociales graves. Sin actividad psicopatológica activa, o muy disminuida. Generalmente son atendidas en entornos residenciales u hospitalarios. Las subpoblaciones se organizan a partir del deterioro de las funciones, estructuras, y según el manejo ambiental que posean:

- Graves limitaciones psicofísicas.
- Sin manejo ambiental o con necesidad de soporte profesional fuera de las estructuras de atención.
- Independientes o con manejo ambiental fuera de las estructuras de atención.

Para aplicar esta clasificación se ha de seguir la siguiente secuencia: en primer lugar, según el grupo de edad (joven, edad media o edad avanzada). A continuación, hay que confirmar si cumplen los criterios del grupo *A)*, del *B)* o del *C)*. Posteriormente, hay que clasificar de acuerdo al grado de disfunción en el desempeño ocupacional y de apoyos actuales. Y finalmente, y si es posible, se incluyen en las subpoblaciones.

El resultado de esta clasificación debe ofrecer el número de personas correspondiente a cada perfil, así como las características del desempeño y los apoyos necesarios. Con todo ello se diseñan las futuras propuestas o líneas de acción.

6.2.2. El concepto y los tipos de necesidades ocupacionales

La definición de necesidad es clave y puede partir de los dos actores del proceso: la perspectiva profesional o técnica y la perspectiva de los clientes. En la línea de la clasificación de necesidades propuesta por Bradshaw (1972), estas se pueden clasificar en:

1. *Necesidades normativas:* Son las definidas por un experto o grupo de expertos en función de su experiencia y conocimiento. Señalan las necesidades relevantes, qué resultados deberían esperarse y qué niveles de servicios son necesarios para alcanzarlos. Cambian con el tiempo como resultado de los avances de las evidencias clínicas, del conocimiento científico y tecnológico, y también con la modificación de los valores de la sociedad.
2. *Necesidades expresadas:* Son las denominadas "demandadas". Es la necesidad manifestada en algún servicio hacia el que se puedan dirigir solicitudes de ayuda. En la realidad si un servicio es utilizado, se suele financiar; en caso contrario, no. Sin embargo, el hecho de que un servicio sea utilizado no implica necesariamente que sea adecuado para las necesidades de la población. La oferta de recursos siempre condiciona la demanda. Por otra parte, existen intervenciones que normativamente pueden ser las más adecuadas y que raramente obedecen a una demanda de los afectados por la necesidad.
3. *Necesidades percibidas o experimentadas:* Son las basadas en la percepción de cada individuo o grupo de personas sobre determinada carencia. Es, por tanto, una apreciación subjetiva, condicionada por factores psicológicos y psicosociales particulares. Sin embargo, no se puede negar que cuando muchos miembros de un colectivo o de una comunidad sienten lo mismo, ese hecho tiene estatuto *de realidad social* y que la *verdad* de lo *social* no es

patrimonio de los expertos detentadores del saber científico o técnico, sino del saber profano.

Según la perspectiva empleada para analizar las necesidades se desprenden los diferentes métodos y técnicas para su evaluación. Por tanto, la evaluación misma de necesidades no es un procedimiento neutro o totalmente objetivo. Así, si utilizamos a los profesionales como informantes clave, estaríamos incidiendo en la necesidad normativa; a diferencia de si los informantes claves son personas representativas del colectivo que estamos analizando, en cuyo caso estaríamos analizando las necesidades sentidas. Si empleamos las técnicas grupales o las encuestas, estaremos resaltando las necesidades percibidas; si usamos los análisis de usuarios, destacaremos las necesidades expresadas o demandas. Y si nos decidimos por el método de indicadores psicosociales, tendremos que tener en cuenta que, según el tipo de indicadores que elijamos, estaremos explorando principalmente las necesidades expresadas, las normativas o incluso las percibidas. Obviamente no existen necesidades ocupacionales absolutas, ya que estas se definen en un momento histórico, en un medio físico ambiental y sociocultural concreto.

En este manual, fundamentados en la experiencia práctica y en la reflexión, definimos las *necesidades ocupacionales* como la expresión de lo que una persona requiere indispensablemente para su crecimiento, desarrollo y conservación, de acuerdo con su significado y sentido de vida, teniendo en cuenta sus posibilidades personales y contextuales.

6.2.3. El análisis de necesidades en la práctica cotidiana

Las necesidades detectadas son habitualmente las necesidades normativas, aunque las que más se aproximan a los principios de la disciplina son las necesidades demandadas o percibidas. Para que los usuarios tomen conciencia de sus necesidades es necesario realizar, durante un período, intervenciones ocupacionales que faciliten la identificación de las mismas. Por esta razón, y de modo genérico, se recomienda iniciar el análisis con la detección de las necesidades ocupacionales normativas, se combinan con las expresadas y con el tiempo se complementan con las experimentadas.

Los pasos recomendados para el análisis de necesidades ocupacionales en la práctica actual son:

A) Dimensiones e indicadores que se han de evaluar

Es importante seleccionar las dimensiones e indicadores sobre los que se recogen los datos. ¿Qué necesidades ocupacionales hay que evaluar? Estas necesidades deben ir en concordancia con la especificidad del servicio o programa de atención, con los objetivos del entorno, con el tiempo de asistencia, con las posibilidades de intervención y con la perspectiva del terapeuta ocupacional.

B) Definición del proceso

Es la determinación del volumen de población evaluada. Para grandes grupos se puede efectuar mediante una muestra significativa al azar. Asimismo, hay que determinar el tiempo que se necesita para este proceso, optimizando el propósito de este análisis, ya que no es una gestión de casos específica, sino una detección de necesidades ocupacionales globales. Es importante considerar el conocimiento de los casos en aquellas situaciones en las que el terapeuta lleve a cabo el análisis en un entorno ya conocido. Este aspecto puede facilitar elementos de análisis, pero también puede limitar. Cuando un profesional lleva tiempo en un mismo servicio, la perspectiva, inconscientemente, puede limitar la visión de las necesidades, por la anticipación de los problemas y las limitaciones del sistema.

C) Definición del método de análisis

Es básico concretar la técnica para detectar las necesidades. Si se realiza mediante la información de los profesionales clave, serán con toda seguridad necesidades normativas; si se hace mediante instrumentos de evaluación, con observación de los participantes o con grupos focales de usuarios, posiblemente se detectarán las demandadas y/o percibidas.

D) Recogida de los resultados y la visualización

Otro aspecto importante es el número de datos que se van a obtener, con qué instrumento se recogen y cómo se sintetizan. El propósito no es lograr una descripción analítica de las situaciones individuales, sino una *foto* de la situación de la población, con parámetros ocupacionales. Por tanto, es necesario definir la forma de mostrar y visualizar los resultados: descriptiva, en porcentajes, a través de interpretaciones, mediante documento escrito, en presentación visual, etc. Los datos necesarios ya pueden existir y estar recogidos en las siguientes fuentes de información que requieren ser revisadas para optimizar los tiempos destinados a tales tareas: historias clínicas y sociales, memorias de los centros, perfil ocupacional, etc. La información recogida debe ser básica para cada grupo de datos, es importante descartar la información que no sea útil. Otras fuentes de información imprescindibles y de obligada consulta son los artículos de revistas científicas que tengan relación con el tema que estamos tratando.

6.2.4. Ejemplo práctico de los pasos para el análisis de necesidades

En el siguiente cuadro se ilustra un ejemplo del análisis de las necesidades ocupacionales de una población y una propuesta para su visualización.

Cuadro 6.3. Ejemplo de los pasos para el análisis de necesidades

Indicadores de la terminología CIF (2001)				
Dimensiones		*Indicadores*	*Proceso*	Resultados y visualización
Ambiente	–	Necesidad de apoyo	– Población y muestra – Delimitación de los tiempos – Conocimiento de casos – Unificación de criterios	
Familia	–	Necesidad de atención a familias		
Comunitario-social y cívica	–	Necesidad de vida comunitaria		
	–	Necesidad de socialización e interacción		
Ocio y tiempo libre	–	Necesidad de participar en ocio y tiempo libre		

Indicadores de la terminología CIF (2001)				
Trabajo y empleo	–	Necesidad de participar en trabajo y empleo		
Gestión de lo necesario para vivir	–	Necesidad de gestionar la vida económica		
	–	Necesidad de gestionar lo necesario para vivir		
Autocuidados Tareas domésticas	–	Necesidad de realizar tareas del hogar	*Método*	
	–	Necesidad de autocuidarse	– Elección de dimensiones e indicadores basados en el dispositivo y población. – Tipo de necesidad: normativa, percibida, etc. – Profesionales implicados	
Movilidad	–	Necesidad de utilizar transporte publico		
	–	Necesidad de caminar y movimiento		
Conocimiento y aprendizaje	–	Necesidad de estructurar hábitos y rutinas		
Demandas generales	–	Necesidad de atender la motivación		
Funciones y estructuras	–	Necesidad de atender funciones cardio-respiratorias		

6.2.5. La visualización de las necesidades ocupacionales

La visualización debe comprender las necesidades ocupacionales de la población susceptible de verse afectada por el programa. La diferencia entre lo que debería estar pasando y lo que en realidad está pasando nos da el problema. Es importante:

1. Recoger la información pertinente, mediante los indicadores que se crean necesarios, considerando el contexto de atención.
2. Analizar los resultados de la información recogida, identificando las diferencias que pueden existir por el método utilizado.
3. Elaborar un listado de necesidades de la población diana, medirlas e identificar las causas por las que estas necesidades no se satisfacen.

En conclusión, la síntesis del proceso de análisis debe permitir visualizar un resultado que clarifique las necesidades ocupacionales presentes en una determinada población. Este resultado es un elemento fundamental para la priorización del diseño de los programas con la posterior implementación.

6.3. Análisis de una población: ejemplo práctico

En el cuadro 6.4 se ilustra un ejemplo práctico de los datos obtenidos del análisis de una población de 28 personas en un dispositivo de carácter residencial.

Cuadro 6.4. Análisis de necesidades ocupacionales en un entorno residencial (n: 28)

Método: Análisis a través del equipo. Tipo de necesidades: Normativas. Conocimiento de casos

Dimensiones	*Indicadores*	*Porcentaje de necesidades*	*N.º de personas con necesidad*
Ambiente	Necesidad de apoyo	71,42%	20
Familia	Necesidad de atención a familias	46,42%	13
Comunitario-social y cívica	Necesidad de vida comunitaria	50%	14
	Necesidad de socialización e interacción	57,14%	16
Ocio y tiempo libre	Necesidad de participar en ocio y tiempo libre	57,14%	16
Trabajo y empleo	Necesidad de participar en trabajo y empleo	42,85%	12
Gestión de lo necesario para vivir	Necesidad de gestionar la vida económica	53,57%	10
	Necesidad de gestionar lo necesario para vivir	42,85%	12
Autocuidados Tareas domésticas	Necesidad de realizar tareas del hogar	28,57%	8
	Necesidad de autocuidarse	21,42%	6
Movilidad	Necesidad de utilizar transporte publico	10,71%	3
	Necesidad de andar y moverse	7,14%	2
Conocimiento y aprendizaje	Necesidad de estructurar hábitos y rutinas	53,57%	15
Demandas generales	Necesidad de atender la motivación	50%	14
Funciones y estructuras	Necesidad de atender funciones cardio-respiratorias	32,14%	9

En la figura 6.1 se ilustran los resultados obtenidos en el análisis de la población visualizado en el cuadro 6.4. Este tipo de formato se está utilizando en presentaciones a directores de servicio y a los equipos interdisciplinares.

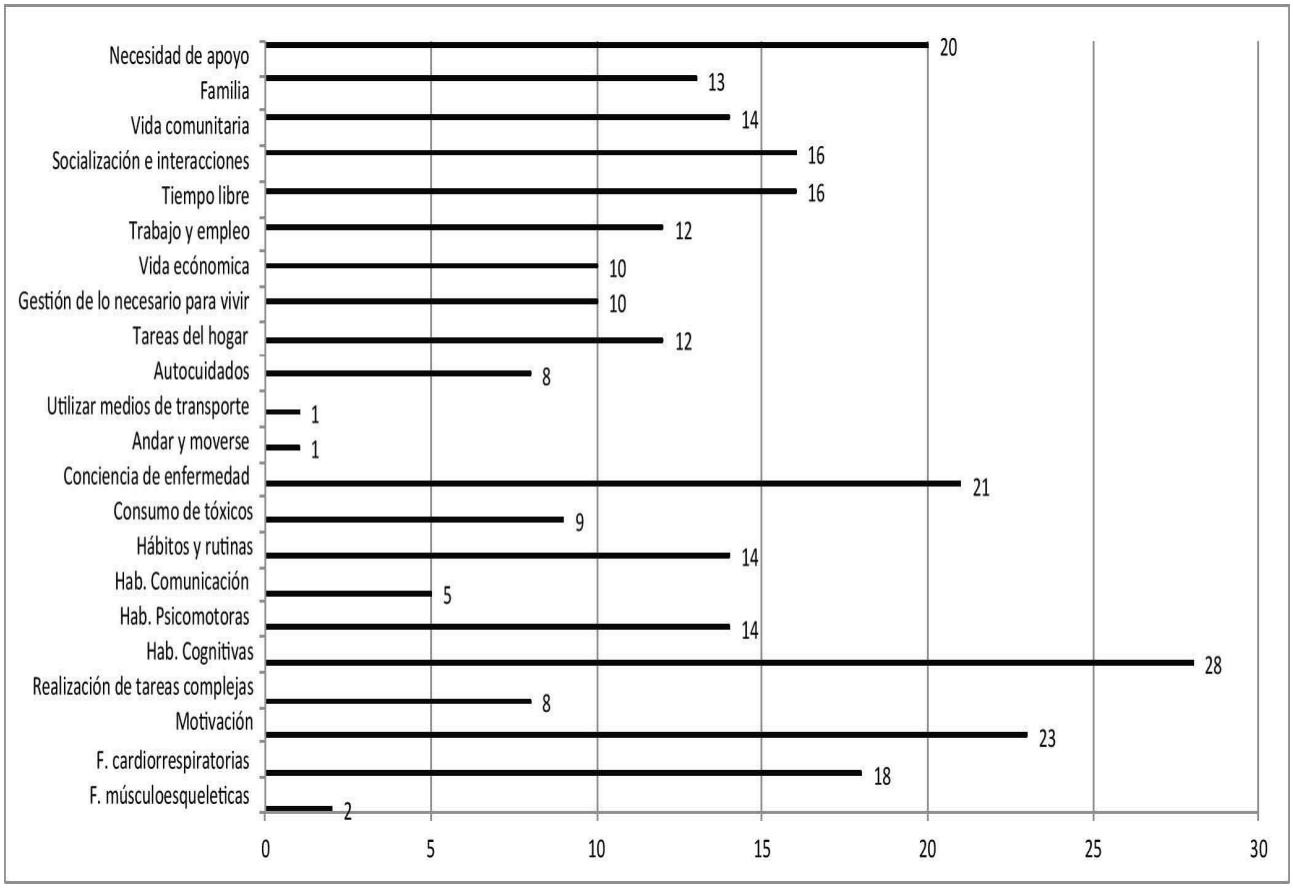


Figura 6.1. Análisis de las necesidades de una población de 28 personas en una unidad hospitalaria de media estancia

6.4. El análisis del ámbito de actuación: identificación del contexto y del entorno

El proceso de análisis del ámbito de actuación se realiza en dos niveles. El primero, desde una perspectiva macro (contexto sociocultural), es un análisis esencial para la creación de oportunidades ocupacionales *en* y *con* la comunidad, así como para los procesos de inclusión. El segundo es esencial para crear los ambientes terapéuticos y de rehabilitación en las organizaciones; consiste en un análisis de la realidad en entornos micro: se analiza el entorno físico y social más próximo (habitualmente, el servicio de atención y/o el domicilio).

Diferenciamos dos niveles de análisis: el primero, el contexto; el segundo, el entorno. Los dos análisis, tanto el del contexto como el del entorno, son complementarios. Si inicialmente el terapeuta ocupacional no tiene posibilidades de analizar el contexto, debe analizar el entorno físico y social más próximo. La ausencia de este diagnóstico inicial produce una limitación severa en el diseño de propuestas de intervención ocupacional.

A) Primer nivel: el contexto

El contexto engloba diversas dimensiones que son motivo de análisis para el terapeuta ocupacional. El conocimiento de *la ubicación geográfica* permite una aproximación y comprensión de los estilos de vida, hábitos de desempeño de la población y condiciones medioambientales u oportunidades potenciales de un municipio. Por otra parte, facilita la identificación de los rasgos socioculturales de la comunidad de estudio, que son fundamentales para entender el desempeño ocupacional y el significado de las ocupaciones de una determinada población. Por último, permite conocer los servicios existentes en el municipio y/o barrio, el plan de atención por los que se rigen los mismos, y las infraestructuras de las organizaciones (bibliotecas, polideportivos, etc.). En el cuadro 6.5 se ilustran estas dimensiones.

Cuadro 6.5. El análisis del contexto social y cultural

Indicadores	*Descripción*
Ubicación geográfica	Situación de la institución y/o comunidad: condiciones geográficas y climatológicas, ámbito urbano o rural. La ubicación del organismo o institución influye en las oportunidades de ocupación existentes y en los diversos servicios ofrecidos; así mismo, posee influencia en las características sociales de la población. Estas pueden cambiar de una ubicación geográfica a otra, sirva de ejemplo la existencia en las grandes ciudades de barrios de clase alta frente a barrios marginales.
Características socioculturales	Entorno social y cultural de los colectivos destinatarios del programa: características de las familias, lugares de residencia, redes sociales formales e informales. Servicios existentes en la comunidad. Características demográficas: edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico (sueldo, pensión, etc.), ocupación, laborales, problemas de salud, utilización de servicios sanitarios y sociales, grado de dependencia, etc. Valores, intereses, creencias. Estilos de vida, hábitos, rutinas, roles. Conocimientos, habilidades, actitudes. Participación en actividades.
Institución y/o servicios	Las comunidades autónomas tienen competencia para legislar en salud y en servicios sociales, esto supone que las políticas, planes y recursos varían según la comunidad a la que pertenezca la institución. Así mismo, el tipo de organismo también vendrá definido por la comunidad

autónoma donde se halle la institución: un recurso de salud mental que atiende a un perfil de población y que persigue los mismos objetivos se denomina de forma diferente y puede pertenecer a diferentes consejerías o departamentos según la comunidad de origen. El ámbito de la institución puede ser sanitario, social, sociosanitario, laboral y/o residencial. El organismo al que pertenece puede ser privado, público o concertado. Toda institución tiene unas características que vienen dadas por el ámbito al que pertenece (ratios de personal, protocolos, indicadores, etc.) y otras que son propias de la institución (normativas laborales, relaciones de poder, etc.).

La observación permite percatarse de lo que ocurre en el contexto. Las imágenes que se perciben e inquietan, las relaciones de las personas y su vinculación entre ellas, los espacios, los objetos, etc., todo ayuda a comprender los acontecimientos en ese lugar determinado. Estos datos se relacionan con otros elementos que emergen a lo largo del proceso de análisis. No obstante, la observación no es suficiente y se precisan pasos más analíticos del contexto donde se atenderá a la población.

- *Primer paso, conocer los lugares: comunitarios y de la organización*

Cuando nos referimos al ámbito o escenario de actuación incluimos el servicio, el tipo de organización y la comunidad. Desde nuestra visión, el colectivo de personas con enfermedad mental debe vivir en su contexto sociocultural, para desarrollar su proyecto de vida y su desempeño ocupacional, con el apoyo adecuado y necesario. Por esta razón, el análisis de la realidad contempla ambas dimensiones. La restricción en el acceso al análisis del contexto conlleva la limitación de las propuestas de acción orientadas hacia la integración e inclusión. A otros profesionales puede parecerles, a priori, que no existe necesidad de realizar este estudio; sin embargo, sin él desaparece el primer eje básico para la elaboración de programas de intervención ocupacional.

El análisis del contexto organizativo permite conocer el sistema de atención. Según la distribución y misión de la organización, el programa presenta un diseño e implementación diferentes y varían los efectos en los procesos de rehabilitación e inclusión. La organización puede favorecer el desarrollo de estilos de vida saludables, o, por el contrario, limitar el desempeño de proyectos de vida, con el "estancamiento" y la desvinculación de los usuarios. El análisis permite conocer los apoyos y creencias de la comunidad, las dificultades derivadas del sistema, las provocadas por los métodos de trabajo de los profesionales, incluyendo en este apartado las actitudes propias de cada uno de ellos. Con frecuencia, existen conflictos entre los profesionales de un recurso para consensuar proyectos de intervención, lo cual provoca diversidad de intervenciones. El análisis debe realizarse para identificar las características del entorno familiar, las

oportunidades de ocio o empleo presentes en la comunidad, los espacios físicos profesionalizados o naturales, los grupos sociales existentes, y un largo etcétera, con la finalidad de determinar si son factores facilitadores o inhibidores del desempeño ocupacional.

- *Segundo, conocer los agentes y personas clave del lugar*

Para facilitar lo anteriormente descrito y agilizar los procesos de análisis, es primordial la identificación de los actores principales del contexto organizativo y social, así como los del entorno asistencial. Si el contexto susceptible de un proyecto es una institución, el ejemplo de actores implicados puede ser el personal de enfermería, psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, equipo directivo, etc., aunque también puede implicarse a más de una institución u organismo. En este caso, además de los anteriormente citados, podrían ser técnicos de salud, de educación, etc. Si por el contrario se centra el análisis en el contexto externo a la institución, los actores principales serían personas clave del ayuntamiento, asociación de vecinos, grupos de jóvenes, organizaciones de jubilados, asociaciones del tercer sector, colegios, etc.

- *Tercero, identificar los grupos sociales*

Es necesaria la identificación de los grupos participantes, tanto los de la población a la que va dirigido el proyecto como los de los profesionales y agentes sociales y económicos de la institución o comunidad. Este conocimiento ayuda a situar *quién es quién* en una realidad concreta, la que se pretende analizar en un momento concreto, y a las personas involucradas en los servicios e implementación de los resultados del proyecto o programa. Es habitual que estos sean diseñados por profesionales y expertos que deciden cuáles son las necesidades que se han de trabajar y las formas adecuadas de resolverlas. La inclusión de los actores sociales y económicos, y su participación en el proyecto, hará que compartan el proceso, se identifiquen con él y se sientan parte de la situación para poder cambiarla. En el cuadro 6.6 se presenta un ejemplo genérico de una matriz que recoge información de los representantes o agentes clave. Cada proyecto debe realizar su propia matriz y recoger los elementos que interesen, aunque las variables de actitud e influencia es aconsejable mantenerlas, dado que ofrecen información sobre el grado de apoyo al proyecto.

Cuadro 6.6. Mapa de los actores principales y algunas variables

Actor	*Institución/ organismo*	*Pertenencia*	*Actitud*	*Influencia*
Asociación de familiares	Fundación	Privada	Cooperación	Poca
Psiquiatras	Servicio de Salud	Pública	Indiferente	Mucha
Entidad de arte	Servicio social de la comunidad	Privada	Cooperación	Regular

- *Cuarto, conocer los estilos de vida fomentados por las organizaciones y la sociedad*

Los estilos de vida fomentados por el contexto o la sociedad son elementos básicos de análisis por parte de la profesión. Desde hace tiempo, la disciplina emplea el método de etnografía institucional. Este procedimiento es utilizado para describir las costumbres y tradiciones de un grupo humano en una organización. Este tipo de estudio ayuda a conocer la identidad de una comunidad humana que se desenvuelve en un ámbito sociocultural concreto.

La etnografía implica la *observación participante* del profesional durante un período en el que se encuentra en contacto directo con el grupo al que va a estudiar. El estudio puede complementarse con entrevistas para recabar mayor información y descubrir datos que son inapreciables a simple vista para una persona que no forma parte del contexto en cuestión.

Esta observación participante permite una aproximación a la realidad sociosanitaria que tiene en cuenta los procesos de subjetividad y construcción de significado de los participantes. Dentro de la comprensión de la terapia ocupacional, nos permite describir la experiencia de las personas en su unicidad y no como un dato. Los métodos etnográficos se emplean como reflexión y análisis de la experiencia cotidiana de los terapeutas ocupacionales desde la perspectiva de su trabajo dentro de la institución (Spencer, Krefting y Mattingly, 1993). Se trata de desarrollar una objetividad que lleve a una práctica profesional relacional, relevante y pertinente con las necesidades y deseos de las personas con quienes trabajamos. Se debe reconocer que no se trata de un posicionamiento fácil, ya que las dinámicas de la profesión se dan habitualmente en contextos excesivamente jerarquizados.

Por tanto, el conocimiento de la terapia ocupacional se enfrenta a un contexto social e institucional que debe cambiar para generar estilos de vida saludables desde la ocupación. En esta línea, la creación del conocimiento desde la observación participativa, con el necesario análisis crítico-constructivo, es un proceso de futuro que debe

confrontarse con las actuales formas dominantes de intervención sociosanitaria. Hay que identificar los estilos de vida saludables, los cuestionables o los patológicos generados desde los contextos.

B) Segundo nivel de análisis: el entorno físico y social

El análisis del entorno físico y social se realiza para el diseño de propuestas en los ambientes más próximos de la población, y es necesario para identificar los factores inhibidores y/o facilitadores del entorno. En el cuadro 6.7 se ilustran los aspectos que se han de evaluar en el análisis del entorno físico y social.

Cuadro 6.7. El análisis del entorno físico y social

Indicadores	*Descripción*
Especificidad del servicio	Cada servicio tiene una misión dentro de un plan de atención, lo-cual garantiza la continuidad asistencial. El análisis del entorno identifica los objetivos y variables que influencian directa e indirectamente el diseño e implementación de programas de intervención ocupacional.
Entorno temporal	Según el dispositivo, el tiempo de atención será variable (14 días, 3 meses, 2 años, etc.). Se incluyen los horarios y distribución de los procedimientos,
Entorno social	Incluye la dinámica de los profesionales, el sistema de trabajo, la planificación y los tiempos de las intervenciones, las posibilidades de cambio respecto a la disposición o la rigidez de los miembros del equipo, el tipo de dirección de los conflictos, el perfil de la población, las características de las familias, etc.
Tareas o formas ocupacionales	Los tipos y características de los programas existentes, su dinamismo, las necesidades que cubren, las reglas y estructuras, la dimensión social, el sentido y/o significado, etc.
Espacio físico	Accesibilidad, organización, seguridad, estímulos y las posibilidades de los espacios profesionalizados, personales y comunitarios.

6.5. El análisis de un contexto: ejemplo práctico

Los terapeutas ocupacionales utilizan en su práctica cotidiana las variables anteriormente descritas, que facilitan una imagen real del entorno. En el cuadro 6.8 se ilustra un ejemplo del análisis de un contexto hospitalario, identificando sus factores inhibidores y facilitadores.

Cuadro 6.8. Ejemplo de un análisis en un contexto hospitalario

- *Demanda:* Diseño de un programa de intervención ocupacional para varios servicios
- *Análisis:* Entorno sanitario, ámbito de la rehabilitación que engloba servicios hospitalarios (corta, media y larga estancia) y comunitarios
- *Objetivos:*

1. Identificar inhibidores y facilitadores del entorno físico y social
2. Realizar propuestas de mejora

Indicadores	*Inhibidor principal*	*Propuesta desarrollada*
Especificidad del servicio: entorno sanitario	– Modelo institucional basado en una perspectiva biomédica y de cuidados básicos	– Principios de la intervención ocupacional – Prescripción de intervenciones no farmacológicas – Proyectos comunitarios – Resultados

Indicadores	*Inhibidor principal*	*Propuesta desarrollada*
Entorno social	– Indefinición de roles y funciones. Ausencia de funcionamiento de equipo. Resistencia a los cambios y a las propuestas.	– Diseño de grupos de población – Diseño de procesos – Método claro y formación interna: elaboración de guías
Tareas	– Diseño de programas por criterios de recurso-uso-necesidad. – Programas estáticos y basados exclusivamente en el trabajo de las habilidades	– Visualización del tipo de necesidades. Diseño de programas por necesidades – Entender el papel del usuario – Adecuar las intervenciones al propósito – Establecer dinamismo de programas
Espacios físicos - Objetos	– Ausencia de criterios ambientales – Excesivos espacios controlados sin considerar pautas de manejo ambiental	– Diseños arquitectónicos – Definir apoyos y modificación de los ambientes – Combinación de entornos estructurados y naturales en los programas

7

El diseño de programas en terapia ocupacional

La cartera de prestaciones actuales de la profesión y la variedad de contextos en los que trabaja el terapeuta ocupacional complican la unificación de las intervenciones. En el *Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional* (2010) se describen diversos tipos de intervenciones y de enfoques que guían la intervención.

7.1. Tipos de programas

Por nuestra experiencia en la práctica y para facilitar la comprensión de los diferentes tipos de programas que se pueden diseñar, hemos considerado agrupar las diversas dimensiones en seis apartados:

1. *Significado ocupacional y/o reconstrucción del proyecto de vida.* Aspecto central de las propuestas.
2. *Desempeño ocupacional.* Uno de los ejes centrales de la práctica.
3. *Componentes.* Son necesarios para el desempeño, se han de elaborar programas específicos.
4. *Intervención de la mente y del cuerpo.* Base principal de la conciencia de la persona.
5. *El entorno y sus dimensiones.*
6. *El contexto en toda su globalidad.*

Para facilitar la comprensión de las dimensiones y las líneas de los programas implementados en la actualidad en España, en el cuadro 7.1 se presentan ejemplos de programas.

Cuadro 7.1. Las dimensiones y las tipologías de programas

Dimensiones de diseño de programas	*Finalidad*	*Ejemplos de propuestas*
1. Programas centrados en el significado e identidad ocupacional, proyecto de vida y/o proceso de existencia del mismo.	Facilitar el sentido y el significado de vida, así como el acceso a la reconstrucción del proyecto de vida.	– Asesoramiento individual en diferentes contextos. – Orientación ocupacional (individual y grupal). – Grupos de proyecto de vida. – Análisis del significado en grupos de agenda, etc.
2. Programas que actúan sobre el desempeño, la funcionalidad y/o los factores de participación ocupacional de los individuos y/o colectivos.	Mejorar, compensar, mantener y/o prevenir el desempeño ocupacional de la población con proyectos de vida individuales y con las demandas del contexto presente y futuro.	– Manejo comunitario, desarrollo de programas innovadores, etc. – Preparación, búsqueda y mantenimiento del empleo, etc. – Gestión y entrenamiento de habilidades básicas, domésticas, ocio en sus diferentes formatos (artístico, cultural…), etc.
3. Programas centrados en los componentes relacionados con el desempeño: motivación, hábitos, responsabilidades, etc.	Mejorar, compensar, mantener y/o prevenir los componentes del desempeño ocupacional.	– Dinámicas de grupo en diversos formatos, programas de activación, etc. – Programas de responsabilidades, remotivación, estructuración de rutinas, etc.
4. Programas centrados en las funciones y/o estructuras de la persona.	Mejorar, compensar, mantener y/o prevenir las funciones y/o estructuras de la persona que repercuten en el desempeño ocupacional.	– Rehabilitación de elementos del cuerpo y la mente: relajación, yoga, intervención psicomotriz, etc. – Abordaje sensorial, etc.
5. Programas orientados a los entornos físicos y sociales de la población.	Adaptar, facilitar y/o graduar las demandas de los entornos para facilitar el desempeño ocupacional, la mejora de los componentes	– Diseños arquitectónicos, graduación de los tiempos y los grupos, adaptación de la actividad, graduación de las dietas sensoriales y ambientales, modificación

Dimensiones de diseño de programas	*Finalidad*	*Ejemplos de propuestas*
	o los elementos de las funciones y/o estructuras.	de las dinámicas ambientales, adaptación de formatos de las ocupaciones, etc.
6. Programas orientados a los contextos de las organizaciones, equipos de atención, agentes claves y/o a la creación de oportunidades de participación.	Facilitar el desarrollo de los proyectos de vida, el significado ocupacional y el desempeño en contextos normalizados y socioculturales.	– Programas de participación comunitaria a través del deporte, los animales, el arte, la cultura, etc. – Propuestas de participación comunitaria con y sin apoyo profesional, etc. – Formación especializada a los profesionales, etc.

7.2. Perfil de un programa

Es imposible describir la totalidad de los programas desarrollados hoy día en terapia ocupacional. Existen diferencias que se deben considerar en cuanto a las tipologías, la planificación y el diseño de dichos programas. Sin entrar en matices ni en *clasificaciones idóneas*, los puntos recomendados para el diseño de los programas en terapia ocupacional son:

1. *Título:* Ha de ser claro y dar a conocer el motivo principal del programa. Esto es lo deseable en la presentación a gerentes, técnicos, etc. Si bien en ocasiones, cuando el mismo proyecto es presentado a las personas beneficiarias, el título debe ser reformulado.
2. *Introducción o descripción de la propuesta:* Breve descripción para contextualizar qué pretende el proyecto, de dónde surge y el grado de importancia acorde a la realidad actual.
3. *Contexto y población:* Ubicar el programa en el ámbito de actuación y en la especificad del servicio y/o entidad, así como el perfil de la población susceptible de beneficiarse de la intervención.
4. *Justificación y/o fundamentación:* Es la explicación de la situación actual, de

las necesidades y los conceptos teóricos en los que se argumenta la intervención.

5. *Objetivos:* Basados en las posibilidades de actuación, necesidades, potenciales y limitaciones de la población a la que se ha de atender. Los objetivos deben ser congruentes con el sistema y el dispositivo. Se han de describir los aspectos generales y específicos que se busca conseguir, así como la temporalidad de la evaluación y la descripción del sistema de medición (cuantitativa y cualitativa).
6. *Indicadores de inclusión y efectividad:* El programa de terapia ocupacional ha de incluir los criterios de inclusión y efectividad, así como los resultados esperados. Estos comprenden la descripción de los sistemas o las herramientas de evaluación necesarias para la observación del beneficio del programa global. La inclusión de personas en actividades no sigue nunca el criterio del *más o menos* ni un patrón único, requiere una profundización en los procesos de análisis individual de cada situación.
7. *Enfoques de la intervención:* Quizás es una necesidad para lo comprensión de los enfoques y técnicas que desde la disciplina se han desarrollado. Es importante describir los apoyos teóricos que se utilizarán en la intervención desde el inicio, para enfatizar en la importancia de las bases teóricas de la intervención ocupacional.
8. *Descripción de programas globales y específicos:* Un programa global tiene diversos subprogramas o programas específicos. Dentro de un programa específico se pueden desempeñar un abanico de talleres y/o actividades diversas.
9. *Diversidad y alternativas:* El diseño debe incluir la individualidad del colectivo y del contexto. La planificación y la implementación de los programas ha de ofrecer diversas oportunidades para cubrir las necesidades y las elecciones personales, así como promover la interacción dinámica entre los individuos y sus entornos.
10. *Temporalidad de las intervenciones y de las acciones*: Es la determinación del período de duración de cada una de las acciones. Incluye el tiempo por actividad y el formato de implementación (por sesiones, espacio de trabajo, etc.).
11. *Cronograma de intervención:* Es la distribución del tiempo, a corto (diario), a medio (semanal) y a largo plazo (mensual y anual) del desarrollo de las propuestas. El cronograma es útil para visualizar los parámetros temporales de la implementación, analizar su desarrollo y evaluar el proceso. La coordinación de los tiempos de intervención, por parte de todos los profesionales, debe ser un elemento fundamental dentro de las organizaciones y de los equipos interdisciplinares.
12. *Dinamismo del programa:* La flexibilidad y la *dosificación de la intervención* se tienen que adaptar a los niveles de tolerancia y participación de los

individuos y del colectivo. La adaptación de las actividades, los contextos, la dirección y la relación terapéutica deben ser congruentes con el nivel de funcionalidad en el que pueden participar las personas en sus etapas de rehabilitación, integración o inclusión. La *vida* de las propuestas varía en función de la distribución diseñada y de la forma de realización.

13. *Estructuración y organización de los entornos:* El manejo de las variables ambientales debe adaptarse a cada situación individual, tarea o programa, y ha de ser congruente con el proceso de las personas. La utilización de espacios polivalentes provoca limitaciones en la estructuración y las modificaciones de los espacios físicos. La organización del espacio y de los objetos debe basarse en el análisis ocupacional. Existen poblaciones que requieren entornos estructurados y con parámetros de seguridad en todas las dimensiones, mientras que otras necesitan entornos naturales como medios para su integración y/o inclusión. Lo mismo sucede con las actividades, no se necesita el mismo entorno para un grupo de agenda que para un taller de habilidades de ocio y tiempo libre. Resulta importante detallar las modificaciones y ajustes ambientales necesarios para alcanzar los objetivos marcados.
14. *Recursos humanos, materiales y financieros:* Hay que definir los profesionales que han de implementar las actividades y/o acciones previstas, si es posible con nombre y apellidos, tanto de manera ordinaria como extraordinaria. Es necesario especificar la cantidad de personal, la cualificación requerida del mismo, y determinar quién es el responsable de cada actividad, sus obligaciones y las tareas (registros, coordinación, búsqueda de información…). La formación es un pilar básico de los programas. Se puede plantear como una acción del proyecto, o bien como un programa por separado. Se ha de definir el presupuesto de los materiales fungibles y no fungibles, así como la descripción de las infraestructuras. Asimismo, se han de prever los costos implícitos en el programa, incluido el coste de los profesionales.

7.3. Ejemplo de diseño del perfil de un programa en una experiencia práctica

1. *Título:* Proyecto de participación social y multicultural en una biblioteca pública para personas con riesgo de exclusión social.
2. *Introducción o descripción de la propuesta:* Propuesta realizada en noviembre del 2014 e implementada en marzo del 2015 en Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). El propósito es el de acercar a personas con riesgo de exclusión social a entidades ciudadanas como son las bibliotecas públicas del municipio. El objetivo final es el desarrollo de oportunidades ocupacionales para diversos colectivos (enfermedad mental, inmigración, etc.) a través de la cultura y la gastronomía. La *etapa 0,* o propuesta inicial, es el paso previo para iniciar

cualquier proyecto y corresponde a las reuniones y a la planificación entre las entidades participantes. El proyecto se desglosa en tres fases de implementación y en función de los resultados obtenidos en cada una de las etapas se irán desarrollando las siguientes fases. La *fase I* se iniciará con usuarios del proceso de rehabilitación psicosocial de los centros asistenciales Emili Mira (CAEM). En las *fases II y III* se pretende la participación de otros colectivos.

3. *Contexto y población:*

   Municipio Santa Coloma de Gramenet.
   Entidades participantes:

   - Biblioteca pública del barrio del Fondo (Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet / Área de Cultura).
   - CAEM. Programa de atención a la rehabilitación psicosocial del Instituto de Neurosiquiatría y Adicciones - Parc de Salut Mar (INAD-PSMAR).

   Población:

   - Personas con enfermedad mental ingresadas en servicios del proceso de atención a la rehabilitación psicosocial de los CAEM.
   - Personas con enfermedad mental con alta de los servicios de atención que estén interesados en impulsar algunas de las acciones de la propuesta.

4. *Justificación y/o fundamentación:* El proyecto nace de la iniciativa de los usuarios de los procesos de rehabilitación e inclusión del programa de atención a la rehabilitación psicosocial del CAEM, a través del programa de orientación ocupacional, con el propósito de facilitar el acceso a espacios pedagógicos y sociales de la comunidad. La cultura es un potente agente para la inclusión de las personas. Desde el punto de vista de los terapeutas ocupacionales es una oportunidad de continuidad en el desarrollo de proyectos vitales en el medio comunitario.

   Antes de esta propuesta se realizaron varias visitas a la biblioteca y se valoró el entorno, así como las diferentes posibilidades de participación. Un primer acuerdo fue elaborar una propuesta inicial para comenzar a establecer temporalidades y posibilidades reales.

5. *Objetivos:*
   - *Generales*
     - Desarrollar oportunidades de participación ocupacional en el territorio.
     - Impulsar el liderazgo de las personas que sufren una enfermedad mental en oportunidades ocupacionales en contextos sociales.

- *Específicos:*

  - Potenciar valores sociales a través de la cooperación entre ciudadanos.
  - Ofrecer oportunidades de participación social y ocupacional en la biblioteca pública del barrio.
  - Facilitar la lecto-escritura, la expresión creativa, así como el interés por la cultura y aspectos pedagógicos del contexto comunitario.
  - Mejorar los procesos de inclusión social a través de oportunidades regladas.
  - Aumentar la red de oportunidades comunitarias del proceso individual de las personas.
  - Fomentar oportunidades de participación que mejoren la salud física y emocional de las poblaciones del municipio.

6. *Indicadores de inclusión y efectividad:*
   - *Criterios de inclusión:*
     - Interés hacia la lectura, la escritura, las nuevas tecnologías, los medios audiovisuales y la cocina.
     - Niveles de autonomía aceptables y congruentes con las demandas de las actividades de la biblioteca.
     - Manejo ambiental (capacidad de utilizar transporte público, aprender nuevos recorridos, tolerancia a la exigencia del desplazamiento, etc.). Capacidad de procesamiento de la información correspondiente, al menos, al nivel cuatro del modelo de discapacidad cognitiva de C. K. Allen (2005).

     Se requiere población con un mínimo de tolerancia a la actividad, respeto al contexto (momentos de silencio…), compromiso mínimo (etapa 2 del proceso de atención) y procesos de socialización, entre otras características.

     Se determinará el volumen de participantes (grupos de 6-8 personas), candidatos susceptibles de beneficiarse de esta actividad; así como la elaboración de grupos por necesidades terapéuticas homogéneas y a partir del perfil.

   - *Indicadores de efectividad*: Se realizan tres tipos de evaluación:

     - Autoevaluaciones de la población al inicio, a los tres meses y a los seis meses.
     - Evaluación del contexto a través de entrevistas a las personas clave de la biblioteca. Se evaluará la percepción del impacto del programa.
     - Perfil ocupacional: Se utilizará la evaluación del perfil ocupacional con la misma temporalidad que las autoevaluaciones.

7. *Enfoques de la intervención:* Principios de rehabilitación basada en la comunidad y empoderamiento social. Los enfoques de terapia ocupacional están basados en el enfoque de habilidades de interacción de A. C. Mosey, la autorreflexión y la transferencia lateral en contextos sin apoyo del enfoque multicontextual de J. P. Toglia, y la adaptación de tareas a través del modelo de discapacidad cognitiva de Claudia K. Allen. Estos enfoques se utilizarán para facilitar el acceso de las personas a todas y cada una de las oportunidades, mediante la adaptación o modificación de las demandas de las actividades.

8. *Descripción de programas globales y específicos:*
   - *Encuentros de club de lectura:* Establecimiento de un espacio de lectura. El método para implementar el acceso a la lectura de libros puede ser *mediante la determinación del tipo de grupo*: 1- grupo paralelo (cada persona elegirá su libro y el tipo de lectura); 2- grupo proyecto (cada mes se determina un tipo de lectura general para todos); 3- grupo egocéntrico-cooperativo (compartir lecturas entre varios miembros del grupos), etc. *El tipo de apoyo*: guiada, orientada o facilitada (dependiendo del perfil terapéutico) sobre diferentes temáticas.
   - *Taller de expresión literaria-creativa:* Creación de un espacio de dinámica de grupo con el objetivo de que en cada sesión se puedan trabajar expresiones escritas o de lectura a través del pensamiento creativo, espontáneo o con pautas. La biblioteca diseñó un material llamado cápsulas culturales. Es un material fácil de comprender y que hace un paralelismo con la salud.
   - *Taller de tecnologías e información de la comunicación (TIC):* El objetivo es establecer un espacio sobre pautas en el manejo de las tecnologías, así como el conocimiento de un uso pedagógico del espacio virtual para que los participantes acaben creando un blog de eventos municipales que sea un espacio virtual para desarrollar actividades compartidas entre los ciudadanos.
   - *Taller de lecto-escritura o taller de idiomas:* es un espacio de formación para aquellas personas con dificultades en la lectura-escritura. También para aquellos que quieran aprender otros idiomas a través de las lenguas dominantes de los participantes.
   - *Taller de cocina multicultural:* Uno de los aspectos solicitados por las personas participantes es compartir un espacio sobre cocina, alimentos y nuevas culturas. Por ello, una de las propuestas es este tipo de taller. El barrio donde está situada la biblioteca tiene un 80% de población proveniente de otros países. La finalidad es compartir la cultura de los participantes a través de actividades de cocina propuestas por ellos. También se pretende incluir a la Universidad de Dietética y Nutrición

presente en la localidad. La globalidad de los hábitos saludables, la cultura compartida y la autogestión del autocuidado son los ejes de esta acción.

- *Taller de películas y documentales:* La última oportunidad que después del análisis ambiental podría realizarse (valorando y concretando día, espacio y método) es la visualización de material audiovisual de la biblioteca a través de las películas y documentales de la misma, considerando los pertinentes permisos que hay que solicitar para poder proyectar este tipo de material en lugares públicos.

9. *Diversidad y alternativas:* La propuesta incluye una variedad de alternativas para facilitar los procesos de elección. Los talleres están dirigidos por diferentes personas fuera del ámbito de la salud. Asimismo se pretende ir creciendo en la diversidad de alternativas conjuntamente con otros sectores del territorio.

10. *Temporalidad de las intervenciones y dinamismo de los programas:* Para facilitar el desempeño y las dinámicas se ha considerado establecer perfiles de población. Sobre todo para aquellos grupos que participarán los miércoles, que son rotatorios y están establecidos según criterios de nivel de funcionalidad, etapa de proceso de rehabilitación e integración en la que se encuentran, habilidades de comunicación e interacción y pertenencia al grupo con el que va a realizar la actividad (afinidad y cohesión con el grupo). Para los grupos de los viernes se parte de la combinación con otras intervenciones que se realizan en la misma franja horaria; son, por tanto, un grupo más heterogéneo respecto a los criterios y basado en proyectos individuales.

    Se han definido tres tipos de grupos:

    - *Grupo 1:* Usuarios inmersos en la etapa de reinserción o con necesidades de participación en grupos que sean dinámicos y estimulantes. Alto nivel de funcionalidad. Buenas habilidades de comunicación e interacción Alto nivel de compromiso y motivación. Las demandas de la actividad, así como el ritmo, pueden ser altas y cambiantes. Además, algunos de los participantes serán los responsables del diseño y dirección de las actividades.
    - *Grupo 2:* Corresponde a un grupo de personas que tienen habilidades y un buen nivel de funcionamiento, pero que fluctúan en su compromiso y motivación. Puede ser que su asistencia sea irregular y que la dinámica que se realice sea muy rica en algunas sesiones y con participación activa, o, por el contrario, que el grupo presente poca interacción, sea poco comunicativo o muestre escasa motivación.
    - *Grupo 3:* Es el grupo de población con dificultades importantes en las

habilidades de comunicación e interacción, que precisa una dirección de las actividades casi constante con estimulación intermitente para participar. El ritmo de la actividad debe ser gradual, de modo que dé tiempo a la respuesta. El contenido en este caso debe ser adaptado, con información más sencilla de inicio y con unas demandas más bajas que en los grupos 1 o 2.

Estos perfiles son genéricos. Por ello cada usuario rellenará una ficha con las adaptaciones que precise de forma individual. Se considera también que se desarrollarán actividades grupales e individuales en aquellos casos que se precise.

11. *Cronograma de intervención:* El horario previsto en la planificación se ilustra en el cuadro 7.2.

Cuadro 7.2. Propuesta de horario y actividades para el programa de participación en la biblioteca El Fondo

Lunes	*Martes*	*Miércoles*	*Jueves*	*Viernes*
16 a 16.30 Encuentros club de lectura		11.15 a 12.30 Taller de TIC: Taller de ex- presión creativa: Grupo 2	16 a 16.30 Cocina multi- cultural	11.15 a 12.30 Taller de TICs: Grupo 1 Taller de expre- sión creativa: Grupo 2
Se inicia con dos talleres alternativos				
Los grupos de los miércoles serán rotatorios para desarrollar procesos de exploración. Mientras que los grupos de los viernes serán por proyecto individual				

Cuadro 7.3. Planificación de las fases para implementar la

	Objetivos	*Tareas*	*Sesiones*	*Grupos*
Etapa I	– Facilitar el proceso de vinculación a nuevos contextos – Conocer a las personas clave y los espacios de la biblioteca – Informar de las actividades iniciales y de cómo se van a plantear	– Conocer a los responsables de la biblioteca. – Los responsables exponen las diferentes propuestas y la dinámica de la biblioteca con *feedback* de los usuarios – Visita guiada de los diferentes espacios	18 de febrero 20 de febrero 25 de febrero 4 de marzo	– Grupo 1 – Proyectos individuales – Grupo 3 – Grupo 2
Etapa II	– Que los usuarios puedan conocer las dos propuestas iniciales a través de la exploración y la vivencia personal basada en la experiencia	– Explorar y probar el taller de expresión creativa y TIC en esta fase de conocimiento en dos sesiones. ** El grupo estable realizará dos sesiones de exploración en cada uno de los talleres.*	27 de febrero 6 de marzo 11 de marzo 13 de marzo 18 de marzo 20 de marzo 25 de marzo 27 de marzo	– Grupo estable taller expresión creativa – Grupo estable taller TIC – Grupo 1 taller de expresión creativa – Grupo estable taller expresión creativa – No hay sesión – Grupo estable taller TIC – Grupo 3 taller de expresión creativa – Realización de dos grupos taller de expresión creativa y TIC
La semana del 1 al 4 de abril no se realizará actividad por ser período de Semana Santa				
Etapa III	– Definir los grupos en cada una de las propuestas en función de sus intereses y necesidades – Continuar con la fase de exploración con los grupos 1, 2 y 3	– Desarrollo de ambos talleres con planificación de material sobre la base del perfil de cada grupo – Explorar y probar el taller de TIC para los grupos 1, 2 y 3	10, 17 y 24 de abril 8 de abril 15 de abril 22 de abril 29 de abril 6 de mayo	– Grupo estable taller TIC y/o taller de expresión creativa – Grupo 2 taller de expresión creativa – Grupo 2 taller TIC – No hay sesión – Grupo 1taller TIC – Grupo 3 Grupo taller TIC
Etapa IV	– Consolidar las actividades y los grupos	– Perfilar los grupos en los diversos talleres	En esta fase nos volveremos a reunir para evaluar las fases anteriores e introducir las adaptaciones y modificaciones necesarias. Realizaremos el calendario hasta junio.	
FASE II	– Iniciar el club de lectura y la cocina multicultural – Facilitar la incorporación de otros colectivos	– Definir participantes – Ofrecer alternativas mediante charlas y oferta a través de internet	Se diseñará la dinámica según el impacto de las charlas y la difusión de las propuestas.	

12. *Estructuración y organización de los entornos:* En las reuniones entre los profesionales de CAEM y de la biblioteca, se consensuaron las fases que se presentan en el cuadro 7.3, en la página anterior, para garantizar un proceso gradual que consolide el vínculo entre la población del CAEM y los

profesionales de la biblioteca pública.

13. *Recursos humanos, materiales y financieros:* El proyecto no tendrá coste económico. El acceso a la biblioteca es gratuito y la propuesta no conlleva ningún coste añadido a las planificadas en el presupuesto anual del proceso de intervención. Se emplearán diversas salas de la biblioteca con reserva, exactamente igual que se hace con el resto de ciudadanos que utilizan este agente cultural. Inicialmente irá un profesional del ámbito de la salud a dos de los grupos y un voluntario con el tercer grupo. En los proyectos individuales no participará ningún profesional de la salud. Los profesionales de la biblioteca, según su disponibilidad, tomarán parte en algunos de los talleres si los participantes se lo demandan.

7.4. La elaboración de la implementación cronológica y el sentido de continuidad

Todo programa o intervención tiene un tiempo de adaptación, de desarrollo y también de consolidación. Es importante conectar las propuestas dentro de un sentido de continuidad temporal, delimitando el inicio y un final de las acciones para graduar los tiempos y los procesos de implementación. Hay que tener presente el derecho de las personas a decidir ese sentido de continuidad en sus vidas. Por lo tanto, es recomendable considerar una serie de aspectos básicos de esta etapa.

Primero, elaborar un plan de trabajo para garantizar el éxito de la implementación y evitar los factores limitantes. Este plan de trabajo debe ser una guía del proceso de ejecución y la base para el desarrollo de las acciones con la necesaria supervisión que se precise. En él se detallan todas las tareas necesarias para realizar las propuestas diseñadas, colocando las acciones en el orden en que se deben emprender. Del mismo modo, debe quedar establecida la distribución de responsabilidades de los profesionales implicados, marcando la agenda para cada actividad. Es, por tanto, una agenda que ayuda a determinar cuándo empezar y en qué orden se debe efectuar. Este último aspecto facilita la identificación de responsabilidades en cada actividad y delimita los tiempos de finalización del proyecto.

Segundo, antes de iniciar la puesta en marcha de los programas, es necesario identificar los puntos fuertes y débiles (fortalezas internas), así como las oportunidades y obstáculos (fortalezas externas) del proceso. Los puntos fuertes y las oportunidades se deben explotar para desarrollar eficazmente un proyecto. Los puntos débiles y los obstáculos entorpecen y limitan la implementación y deben subsanarse o compensarse.

Tercero, es necesario establecer el método y los mecanismos de supervisión. Este aspecto se convierte en fundamental en aquellos casos en los que las acciones se ejecutan mediante equipos de atención directa (auxiliares, monitores, etc.). En este supuesto, es recomendable acordar los indicadores, las formas y los tiempos de la supervisión. Estos indicadores son signos cuantitativos y cualitativos (criterios) para la evaluación de los

logros de las actividades y los objetivos del programa, así como para detectar fugas de la implementación. Los indicadores mostrarán hasta qué grado se han alcanzado los objetivos de cada actividad. Es un proceso continuo que debe organizarse desde el inicio; por ello, las actividades de supervisión tienen que aparecer en el plan de trabajo y deben comprometer a todos los interesados. Si las actividades no obtienen el resultado esperado, hay que hacer las adaptaciones necesarias para identificar y corregir el problema.

Por último, hay que considerar el nivel de compromiso de la organización, la cultura del contexto de atención, la coordinación de los diferentes servicios y agentes del entorno, la predisposición y la disponibilidad por parte del personal implicado, la formación específica y los recursos humanos y materiales suficientes. En la práctica observamos con frecuencia que es complicado que los tiempos planificados concuerden con los reales de la implementación. La realidad es que, por norma general, todo el proceso se atrasa por factores varios. Los cambios en las organizaciones van con lentitud y marcan la temporalidad, por ello es importante identificar cuándo se puede evolucionar en la implementación, o bien cuándo es el momento de cambiar la estrategia de acción.

7.5. El diseño de los entornos como lugares de vida

Pensemos un momento en todos los lugares por donde pasan los usuarios del dispositivo asistencial en el que trabajamos o incluso fuera del mismo: despachos de los profesionales del equipo, sala/s de grupo/s, comedor, sala de fumadores, habitación, servicios, bar, gimnasio, dispositivo prelaboral, centro cívico, transporte público, etc. Las personas nos movemos en diferentes entornos, con sus reglas y con sus agentes sociales implicados. En cada uno de ellos llevamos a cabo unas acciones; en consecuencia, sentimos y pensamos de manera diferente según dónde y con quién nos encontremos. La labor del terapeuta ocupacional es que las personas sientan que forman parte de su entorno y que este les permitirá alcanzar sus metas. Aunque en ocasiones pueda resultar difícil sentirse parte de algo cuando el camino hasta llegar a ese punto ha sido a base de decisiones tomadas por terceras personas, suponiendo un hipotético futuro de bienestar para uno mismo. Se debe promover y apoyar la elección de las personas con relación a dónde quieren estar y en qué medida quieren participar. La elección debe servir como punto de referencia para desarrollar el compromiso necesario con el proceso individual de rehabilitación e inclusión. Implicarse en algo que uno no ha escogido resulta complejo, de la misma manera que lo es cuando la elección ha sido tomada por ser considerada la menos perjudicial, lo que, consecuentemente, llega a reducir las posibilidades de disfrutar y sentirse bien a través de la participación en determinadas ocupaciones.

A lo largo de la historia, muchas son las experiencias asistenciales basadas en estructurar las rutinas de las personas con enfermedad mental como objeto terapéutico, rutinas en las que deben participar obligatoriamente, sin tener en cuenta sus preferencias, intereses o necesidades, confiando en que la persona se adapte a la propuesta de intervención establecida en el servicio. Con esta base, los resultados más esperados

pueden estar relacionados con el perjuicio en la autonomía individual y con la restricción volitiva. Por el contrario, también ocurre que ciertas organizaciones se caracterizan por disponer de un número de oportunidades de participación limitadas y, a su vez, prolongadas en el tiempo, señal de que su desarrollo e implementación están basados en factores ajenos al usuario. Este hecho reduce el abanico de opciones sobre las que la persona puede elegir y, por ende, iniciar procesos de rehabilitación, integración o inclusión basados en la individualización. Es fundamental encontrar un equilibrio entre el tipo y propósito de las intervenciones y el significado personal otorgado a las mismas con relación a los recursos humanos, económicos, espaciales y materiales necesarios para su desarrollo. Se debe favorecer que la persona pueda ir germinando un *locus* de control interno que la lleve a ir incorporando pequeños elementos de decisión propia, por mínimos que estos sean. Solo desde la práctica y repetición de estos se consolida la percepción de mayor control. Si la persona se percibe como capaz de hacer en eso que aparentemente es irrelevante, será el caldo de cultivo que le permita seguir creándose.

Por tanto, los ambientes ocupacionales han de ser evaluados por los terapeutas ocupacionales para que repercutan positivamente sobre el estado de las personas, facilitando la consecución de los objetivos terapéuticos y personales de los usuarios que en ellos participan. Por ello deben incluir una serie de factores como:

- *Ambientes adecuados para la tipología de la actividad que se va a realizar*

Las dimensiones del espacio en relación con el tamaño del grupo, la distribución del espacio (hay que remarcar la necesaria función que debe llevar a cabo el terapeuta ocupacional en el diseño arquitectónico de los espacios), la disponibilidad y accesibilidad del material que promueva la exploración y experimentación con el mismo, la luminosidad, condiciones meteorológicas, interferencias externas tales como ruidos, intromisiones, etc. Con relación a este último punto, la creación de espacios que promuevan la intimidad y la cercanía entre los miembros del grupo será imprescindible para llegar a momentos de exteriorización de experiencias y situaciones personales relacionadas con emociones y sentimientos. De ahí que debamos buscar qué medios poner en práctica para evitar, en la medida de lo posible, dichas intromisiones.

Hay que reducir los riesgos para que las personas no se hagan daño a ellas mismas o a terceras personas. Bien con los materiales existentes a su alrededor, bien por los imprevistos implícitos en la vida comunitaria. Por eso es importante que, en los espacios del contexto hospitalario, determinado material (punzones, tijeras, cuchillos…) esté guardado bajo llave y sea utilizado bajo supervisión. En los espacios comunitarios se han de contemplar todas las situaciones de riesgo implícitas en la participación comunitaria, por ejemplo: seguridad vial en los desplazamientos o en el uso de infraestructuras comunitarias, como piscinas o cocinas de centros cívicos.

- *Los profesionales cómo agentes determinantes en la creación de ambientes para el desarrollo del desempeño ocupacional*

Dada la trayectoria de las organizaciones que atienden a poblaciones con enfermedad mental, la de los profesionales que en ellas trabajan, su formación y razonamiento, la ausencia de perspectivas futuras vinculadas al cambio de la situación actual y la filosofía que impregna sus programas de atención, somos los propios profesionales los que, frecuentemente y sin reflexionar, podemos llegar a limitar la construcción de nuevas realidades basadas en las personas. El estado emocional, prejuicios, apatía, cansancio, inseguridad, falta de paciencia, el desánimo, la falta de actualización en la formación… no deben ser argumentos que justifiquen una mala práctica profesional. Si bien pueden ser estados que en algún momento hayamos experimentado, no hay que dejar que marquen la relación que se establezca con los usuarios, las dinámicas de los grupos o el porvenir de futuros proyectos. La persona derivada a nuestros servicios tal vez ya haya perdido demasiado tiempo dedicado a un enrolamiento poco social y vivo. A menudo, la dificultad para implantar programas no radica en el proceso de evaluación, diseño o planificación, sino en su implementación. Ya que es entonces cuando se ponen en práctica todos los elementos contemplados y analizados en los procesos mencionados, y es aquí donde se evidencian las resistencias y limitaciones de los agentes implicados. En ocasiones, las resistencias, colocadas en lo externo, hacen tan solo mención a las propias resistencias y carencias personales. Profesionales sin voluntad de cambio y sin ningún interés en implicarse en los programas pueden ser causa de futuras consecuencias, como el boicot, incumplimiento de acuerdos previamente consensuados en reuniones formales o estilos de desarrollo de los programas alejados de las metodologías técnicas propuestas. Conocer las limitaciones y potencialidades referentes al carácter y personalidad de cada miembro del equipo, las tendencias teóricas, los tipos de relación que se establecen con los usuarios, la historia profesional, los proyectos en los que ha participado y a qué niveles, las habilidades de cada uno o sus intereses… son algunos de los factores que el terapeuta debe contemplar y analizar para determinar la idoneidad y el grado de implicación de cada profesional en los diferentes procesos de intervención. Entre todos hay que flexibilizar el razonamiento relacionado con el fin de que cada miembro del equipo pueda dar lo mejor de sí mismo. Hay que romper con el sentido de posesión existente sobre determinadas competencias entre las diversas disciplinas.

Encajar estas piezas no resulta tarea fácil, y menos cuando el terapeuta ocupacional entra de nuevo a un sistema de trabajo con rutinas enquistadas donde los profesionales trabajan en función de las mismas y de criterios personales alejados de las necesidades de las personas. Dicha labor requiere habilidades específicas, paciencia y constancia. También, la creación de espacios como parte de los procedimientos de actuación del terapeuta ocupacional (y otros profesionales socio-sanitarios) y la inclusión en ellos de los elementos necesarios para convertirlos en funcionales. Es en sí un proceso lento y que exige una fuerte inversión de tiempo y esfuerzo personal. La historia y la cultura arraigadas en los dispositivos y profesionales de la salud mental merecen ser tenidas en cuenta para generar cambios. Estos cambios son necesarios en los conceptos, métodos de rehabilitación, principios, valores que sustentan determinados programas, etc.

- *Promotores de la confianza personal y la autorrealización*

Es necesario poder tomar decisiones y correr el riesgo de equivocarse sin consecuencias, así como disponer de la comodidad y la libertad para participar sin condicionantes externos. Las expectativas y exigencias ambientales deben ser coherentes con las características individuales y grupales. El ambiente debe permitir que las personas puedan sentirse cómodas y ofrecer la naturalidad suficiente para escoger en qué momentos y en qué tareas desean participar. Se debe reducir la incertidumbre y la confusión generadas por la ausencia de información o por su transmisión de manera ambigua.

A pesar de que muchos de los espacios donde se llevan a cabo las intervenciones son de uso común, hay que potenciar su personalización para que las personas que los utilicen sientan que forman parte de ellos. Los espacios deben reflejar la identidad de las personas que los ocupan y deben ser reflejo de su acción. Por ejemplo: evitando grupos numerosos de usuarios que promuevan la despersonalización (especialmente en contextos institucionales), o indicando el nombre de cada una de las personas en el material que se utilizará durante las sesiones (cuadernos o libretas, elaboraciones plásticas, taquillas…). Los ambientes no deben limitar el desempeño, deben ser accesibles y permitir que la persona sienta control y manejo sobre el mismo. El grupo resulta primordial para apoyar el trabajo y la consecución de determinados objetivos individuales: compartir experiencias, escuchar y ser escuchado por personas que han pasado o están pasando por situaciones similares, transmitir sentimientos y emociones, trabajar de manera cooperativa, tomar decisiones teniendo en cuenta a otros, priorizar según el consenso con los demás o tolerar los contextos grupales. Posibilitar espacios para que "circule la palabra". Los escenarios donde a la persona se le ofrece el espacio y la validación para el uso de la palabra, y se le otorgaa el lugar del ser. Los terapeutas ocupacionales debemos crear oportunidades de bienestar, de salud, de integración, de inclusión y de reflexión sobre las elecciones de las personas, no obligar a escoger o participar sobre un conjunto de opciones no atractivas ni significativas.

7.6. Los programas "en" y "con" la comunidad

La comunidad es un contexto con inagotables posibilidades que permite desarrollar procesos de rehabilitación e integración de la forma más normalizada posible y, sobre todo, de inclusión. Seguramente en más de una ocasión se ha observado que el usuario no tiene el mismo comportamiento en el dispositivo asistencial que en la comunidad, ya que en esta desarrolla habilidades que quizás nunca se observen en un contexto clínico. Por esta razón se ha de considerar desde terapia ocupacional el análisis de todas las posibilidades que ofrece una comunidad en concreto, incluyendo el conocimiento y la búsqueda de apoyos a los propios usuarios. Si se cuenta con una cartera de posibilidades comunitarias se pueden desarrollar programas de aprendizaje, educación, formación, desarrollo deportivo, etc.; además de impulsar iniciativas en la sociedad que favorecen la

reducción del estigma y el desempeño dependiente de los sistemas o de los profesionales.

La comunidad es un elemento fundamental para determinar el desempeño ocupacional de las personas con problemas mentales en el contexto de su realidad, y debe funcionar como un medio integrado en el proceso de atención de las personas. El análisis del contexto comunitario permite al terapeuta identificar las dificultades o los apoyos con los que puede contar en el proceso de rehabilitación, considerando los factores que influirán en el funcionamiento ocupacional de una población en la comunidad. Se pueden identificar, entre otros, los siguientes:

1. Problemas en el desempeño de roles sociales.
2. Las rutinas y los hábitos necesarios.
3. Situaciones cotidianas que deben ser manejadas por la persona.
4. Factores ambientales.
5. Obstáculos sociales (estigma, rechazo, exclusión y aislamiento social).
6. Ausencia de alternativas ocupacionales (laborales, sociales, interpersonales, etc.)

En el capítulo dos de este manual se han descrito los ámbitos de actuación y se ha hecho referencia a las diferencias entre integración e inclusión. Precisamente sobre estas diferencias se genera la intervención de trabajar "con" la comunidad o intervenir "en" la comunidad.

Cuando nos referimos al concepto de intervenir "en" la comunidad estamos hablando, por ejemplo, de las salidas terapéuticas, eventos anuales, jornadas deportivas y un largo etcétera de acciones que se desempeñan en la práctica y que tienen lugar en la comunidad. Si bien es cierto que se realizan fuera de las estructuras profesionalizadas y se utilizan espacios comunitarios, también lo es que el control, en múltiples acciones relacionadas con el diseño e implementación, recae en el terapeuta ocupacional.

Por el contrario, cuando nos referimos a trabajar "con" la comunidad, estamos hablando de establecer alianzas entre agentes de la comunidad para el desarrollo de iniciativas en las que el papel del profesional es mínimo, y la responsabilidad del éxito o fracaso de las mismas recae en las personas que realizan la acción.

7.7. Ejemplo de un programa de impulso social: programa PCEA

7.7.1. ¿Qué es el proyecto PCEA?

El proyecto de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte (PCEA) es una herramienta terapéutica en los procesos de rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental, no solo por su potencial para la transformación de factores volicionales y de desempeño, sino por la generación de contextos inclusivos. La suma de ambas dimensiones supone un elemento más para conseguir la vivencia de la persona

como ciudadano de pleno derecho.

El PCEA nace como trabajo en red desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Latina (Madrid) y el Área de Educación y Acción Social del Museo Thyssen-Bornemisza (Madrid). Tal y como indican González y Rullas (2012), "la comunidad se constituye como el elemento central de los procesos de rehabilitación y es ahí, en la comunidad, donde la rehabilitación va a operar con toda su potencia y sentido". De este modo, las acciones en comunidad se nutren de capacitación, empoderamiento y ciudadanía, elementos estos que tratan de potenciarse en los participantes del proyecto. Capacita en ambas direcciones: por un lado, para que la persona pueda percibirse como agente proactivo utilizando los apoyos terapéuticos necesarios para que así suceda; y por otro, a la propia comunidad, con el fin de que esta se constituya inclusiva en sí misma.

Así, se establece una relación bidireccional, donde ambas partes se transforman. Tal y como Cortina (2000) nos encuadra hacia el sentido de plena ciudadanía como "aquel que integra un estatus legal-derechos, un estatus moral-responsabilidades y una identidad a la que la persona se sabe y se siente perteneciente a la sociedad". En este sentido, Abad, Cubero y Hernández (2014) refieren "de qué modo el proceso creativo arraiga en la subjetividad, individual por tanto; pero que puede ser vehículo y expresión de la intersubjetividad". Así, el uso del arte en sí mismo, como vía de transformación subjetiva e intersubjetiva en comunidad, se alza como mecanismo potente de metamorfosis con un impacto micro y macro de la persona en relación con su entorno.

7.7.2. Entidades que participan

De este modo, el PCEA se inicia con el primer acercamiento a una de sus dimensiones: el ARTE PINTURA con el Museo Thyssen-Bornemisza de Madrid y su Área de Educación y Acción Social. La persona parte de un *hacer* invalidado por prejuicios, percepciones autoestigmatizantes, estigmatizadas, visiones sesgadas, confusión de roles sociales y enrolamiento en rol de sujeto enfermo, y vivencias en la dimensión de enfermedad frente a la de salud. De modo que el uso del arte y del espacio comunitario habrá de hacerse desde una experiencia próxima y factible para la persona.

Este proceso se desarrolla desde un escenario de validación y exploración siguiendo el modelo de comportamiento ocupacional de Mary Reilly (1960), en atención a las variables de la persona y su ambiente. El respeto por el tiempo y el tempo que marca la persona será uno de los elementos clave de la posibilidad transformadora. El proyecto tiene cuatro tipos de dimensiones vinculadas entre sí. Estas dimensiones se describen brevemente a continuación:

A) PCEA en su dimensión ARTE PINTURA

Esta dimensión engloba las siguientes acciones:

- *Club Thyssen* (nomenclatura elegida por los participantes al proyecto). Espacio de contexto grupal para la generación del proceso funcional y emocional para el desarrollo de acciones participativas.
- *Visitas guiadas*. Se inicia en 2009; una primera fase es liderada por el agente social (educador del museo) con el diseño de un repertorio de práctica y repetición para el desarrollo de un rol activo donde el participante del PCEA pueda llevar a cabo la guía de la visita. Para la consecución de estas visitas, se va desarrollando un proceso previo, simultáneo y posterior a la actividad encaminado a la tarea funcional (selección del tema, cuadros representativos, búsqueda de información sobre cada uno, elaboración del discurso, etc.) y unido al aspecto emocional (anticipaciones negativas, escenas temidas, sentido de fracaso anticipatorio, etc.).
- *Visita guiada en el Día Internacional de los Museos*. Dirigida al evento que el museo organiza de puertas abiertas al público general.
- *Visita guiada para públicos heterogéneos y agentes sanitarios*. Promovida y dirigida para la adhesión al museo de público en riesgo de exclusión social y necesidades especiales. Por otro lado, la incorporación de los agentes sanitarios como espectadores de la visita, lo cual incrementa elementos de salud que se desdibujan en consulta y que favorecen una visión holística de la persona.
- *Visitas con familias*. En la intención de facilitar las resistencias que las familias marcan con el trabajo de transformación terapéutica.
- *Visita conjunta con familias y participantes PCEA*. Incorporación de los familiares al proceso previo, sumultáneo y posterior al proceso funcional y emocional del proyecto. De este modo se favorece el cambio de roles y una visión menos incapacitante del propio familiar. Oportunidades para una comunicación sana.
- *Visita guiada con familias intercentros e interdistrito*. Promover acciones de desarrollo conjunto con el fin de llegar a un impacto mayor de familiares permeables a procesos terapéuticos.
- *"Tour Thyssen"*. Experiencia basada en la difusión del PCEA a los diferentes colectivos relacionados con la salud mental y la exclusión social. El objetivo, además de los propios del proyecto, será que el resto de colectivos incorporen estas experiencias en primera persona. De este modo se ha empleado el arte como vía de desarrollo para estos colectivos.
- *Elaboración de materiales.* Colaboración para la creación de materiales didácticos y pedagógicos de accesibilidad para el museo.
- *Participación en foros*. Participación en diferentes foros de profesionales donde explicar el proyecto del PCEA y la experiencia que supone.
- *Formación a futuros profesionales*. Encaminado a colaborar en el desarrollo formativo de futuros profesionales con el fin de contribuir a una mirada más holística en el tratamiento de la enfermedad mental.

- *Voluntariado*. Participación en el curso reglado del voluntariado del museo, posibilitando de este modo un desarrollo de habilidades formativas relacionadas y ampliadas relacionadas con el arte.
- *Participación en el proyecto de investigación "El estigma en institutos de Secundaria de la zona sur de Madrid"*. Incorporación de los participantes del PCEA al estudio de investigación relacionado a conocer el estigma social asociado al trastorno mental. Estos datos apuntaban resultados muy elevados relacionados al concepto de peligrosidad, ira e impredictibilidad de la persona con diagnóstico. Los institutos de Educación Secundaria (IES) promueven una acción educativa en el museo que es liderada por los participantes del PCEA sin que los alumnos sepan que la visita será guiada por personas sobre las que se arrojaba indicadores negativos. Tras esta visita se evidencia la experiencia vital asociada al diagnóstico. De este modo se ha demostrado que los ítems relacionados con la ayuda y la cooperación, así como la empatía relacionada con la población con trastorno mental, han aumentado. A su vez, para los propios institutos supone una vía y un canal de apertura hacia la inclusión.
- *Proyecto Nosotras*. *Nos + otras* es un proyecto colaborativo coordinado desde los programas de educación y acción social del museo. Se aglutinan diferentes colectivos de mujeres en riesgo por características de género y diversidad. Entre sus objetivos están el promover la creación de espacios de comunicación e intercambio de conocimientos y experiencias entre el público y el equipo del Museo para dar así visibilidad a los intereses de los participantes. De este modo, una selección de obras de las colecciones, servirá de base a un diálogo entre estas mujeres y el personal del museo. El resultado de estos encuentros se recoge en un formato audiovisual que está disponible en el canal de la web del museo.
- *Acción comunitaria. Asociación de vecinos*. Incluida dentro de la hoja de ruta en la que se erige el PCEA hacia la creación de tejido social y de trabajo en red, con el fin de favorecer una visión integrada del colectivo. Así, se establecen redes de colaboración y sinergias entre los vecinos y los recursos, cuyo nexo de unión es el hecho de compartir el mismo entorno y no la diversidad.

B) PCEA en su dimensión de VIDEOARTE

Esta dimensión engloba las siguientes acciones:

- *Videocartas*. Alianza establecida con el MUSAC (Museo de Arte Contemporáneo de Castilla y León). Se acuerda la colaboración en un proyecto colaborativo audiovisual y narración en primera persona dirigido por un artista en apoyo con el DEAC MUSAC (Departamento de Educación y

Acción Cultural). El objetivo es llevar la autorrepresentación sobre un aspecto cotidiano y el medio audiovisual, desarrollando un vídeo como carta de presentación entre los participantes de cada comunidad autónoma.

C) PCEA en su dimensión de CINE

Esta dimensión engloba las siguientes acciones:

- *Taller de improvisación teatral*. Participación en la preparación de la obra de teatro *Elling* (adaptación de la obra homónima de I. Ambjørnsen) representada en Madrid por el director de teatro Andrés Lima. El objetivo es adquirir una imagen ajustada del colectivo para no caer en estereotipos y caracterizaciones.
- *Cine inclusivo*. *"Creo, lo creo y no me corto"*. Promovido por Carmelo Gómez (tras su experiencia en el taller de improvisación teatral) y Asociación Haz (movimiento asociativo que trabaja en pro de la inclusión de colectivos de alta vulnerabilidad), con el fin de grabar un cortometraje de ficción de calidad a través de un equipo inclusivo formado por personas en riesgo de exclusión social (interesadas en el cine), además de por profesionales y estudiantes. Este proyecto contempló diferentes fases (improvisación, creación de historias, formación en la escuela de cine ECAM, creación de pares —participante/formador— para la producción, edición y difusión).
- *Videoclip y corto.* Se desarrolla un videoclip musical de carácter divulgativo sobre aspectos fundamentales de la vida de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental, utilizando los derechos de autor cedidos por una cantante.

D) PCEA en su dimensión de LITERATURA

Esta dimensión engloba las siguientes acciones:

- *Taller de creación literaria*. Utilización de la palabra y el lenguaje poético como medios para la transformación. El espíritu del taller surge con el fin de potenciar la imaginación y creatividad del participante y ser una vía de canalización para el desarrollo de habilidades y destrezas. Partiendo de la idea del uso de la poesía, lo poético facilita la indagación de la subjetividad y la intersubjetividad. Este encuentro con las emociones pone en juego y en funcionamiento la reflexión y la capacidad crítica.
- A esto se le suma la integración de la comunidad y la inclusión de los vecinos, unidos por el interés por el arte.

8

La implementación de los programas

La implementación de los programas es la acción y el *efecto* de poner en práctica las acciones y/o actividades planificadas y diseñadas para una realidad concreta. Es un proceso continuo, gradual y temporalizado desarrollado de manera exitosa o en fracaso, dependiendo de múltiples factores. Parte de estos factores pueden estar provocados por un análisis erróneo de la realidad, un diseño no ajustado de las propuestas, ausencia de recursos (económicos, materiales, humanos, etc.), así como por una limitación de espacios físicos adecuados, por la falta de continuidad en el progreso de los programas o por la ausencia de cohesión del equipo. Las preguntas que uno debe formularse en esta fase son:

- ¿El programa es asumido por la organización?
- ¿Existe implicación y disponibilidad de tiempo por parte del personal que debe intervenir?
- ¿Los recursos humanos y materiales son suficientes?
- ¿Los implicados en el programa tienen la formación adecuada?
- ¿En el centro hay especialistas en este tipo de abordaje?
- ¿Hay coordinación de los diferentes servicios dentro y fuera de la organización?

Cuantas más respuestas negativas se den a estas preguntas, más complejo resultará el proceso de implementación. Por ello consideramos oportuno describir las habilidades necesarias para desarrollar la ejecución del proceso, la evaluación y las acciones de mejora continua que deben emprenderse para facilitar el dinamismo de programa. Y por último, incluimos un apartado necesario para garantizar que existan probabilidades de éxito en los procesos de implementación: la supervisión de equipos y programas.

8.1. Las habilidades para desarrollar el proceso de implementación

La implementación de programas conlleva una competencia profesional apoyada en habilidades técnicas y metodológicas, así como de regulación emocional. Estas habilidades son fundamentales para impulsar los programas de intervención ocupacional,

así como para la relación con los equipos, los profesionales, directores, gestores de organizaciones o con la propia comunidad.

En terapia ocupacional ya disponemos de una historia suficientemente extensa que justifica los procesos de intervención y las necesarias habilidades que van implícitas. Pero es labor personal y profesional de cada terapeuta ocupacional argumentarlo en los escenarios donde la disciplina sea relativamente nueva o no exista conciencia del rol y las funciones, despertando una nueva forma de visualizarla en aquellos contextos donde esta existe y es vivida de manera equivocada. Sabiendo qué queremos conseguir, debemos seguir el camino que vayamos construyendo. Si los propios terapeutas no defendemos nuestro razonamiento y práctica profesional, difícilmente lo harán otras personas u otras disciplinas, y nuestras funciones quedarán a expensas de las demandas del sistema de trabajo y, por ende, se favorecerá el intrusismo profesional. Para ello, y para buscar la mejora constante en su acción, el profesional de terapia ocupacional debe tener presentes un conjunto de consideraciones para implementar planes de acción.

A) Habilidades técnicas (teórico-prácticas)

Son las primeras habilidades fundamentales para el desarrollo de los planes de acción. Se requiere una *sólida formación y conocimiento* en el análisis, la evaluación e intervención en los factores que condicionan a la población, conocimiento del sistema sanitario y social de atención, de la comunidad autónoma, comprensión de las disposiciones legales y entender el campo de actuación y el de coordinación con otros profesionales, entre otras. En este *apartado se engloban múltiples consideraciones, de las cuales destacamos:*

- La formación específica relacionada con la salud mental

  El hecho de que el terapeuta ocupacional se forme en campos concretos de la disciplina responde a la inquietud y necesidad profesional de estar constantemente actualizado en cuanto a nuevos enfoques, metodologías y tendencias. Raramente los propios profesionales llevan a cabo la misma práctica clínica, desde la misma perspectiva y bajo el mismo razonamiento que años atrás. Dicha práctica debe sufrir una evolución acorde a las necesidades sociales y culturales de los grupos, además de a las características individuales de las personas. De no seguir esta evolución, será uno de los signos claros de las dificultades específicas del profesional y, por tanto, de necesaria revisión.

  Por otra parte, las singularidades del proceso de implementación exigen al terapeuta un conocimiento en profundidad, bien sea a través de la formación por cuenta de terceras personas o de manera autónoma. Formarse en el desarrollo de habilidades específicas necesarias para aspectos implícitos en la

implementación de programas resulta fundamental para aumentar las probabilidades de éxito. Sirva de ejemplo la realidad actual donde los valores que rigen parte de nuestra sociedad sanitaria y social están basados en la cuantificación de los resultados para justificar los medios invertidos, y en basar cualquier práctica realizada en la evidencia. Formarse y capacitarse en cuestiones de gestión, calidad, estadística… resulta imprescindible para ello.

- La experiencia profesional en el ámbito de actuación

Los terapeutas ocupacionales a menudo nos basamos en nuestra experiencia pasada para organizar la futura, es decir, lo que nos sirvió ayer nos puede servir mañana. Y si en esta afirmación existe cierta verdad, no debe convertirse en la máxima que guíe los procesos de implementación. Puede que muchos profesionales la apliquen por una cuestión de comodidad o por una cuestión de inseguridad, pero en ninguno de los dos casos se tiene en cuenta a los sistemas y poblaciones, solo a uno mismo, por lo que ya de inicio se está llevando a cabo un razonamiento irreal e injusto de nuestra práctica y, por tanto, interfiriendo en un resultado eficaz. La experiencia debe ser un punto de ventaja para el profesional en cuanto a que contempla variables indirectas con facilidad, puede elaborar suposiciones del proceso de implementación que ha de realizar y de su organización con escasa información, conoce más y mejor los mecanismos disponibles, puede establecer con mayor celeridad ciertas conclusiones sobre el desempeño ocupacional e interpretar de forma ágil los resultados obtenidos. Ventajas derivadas del proceso de aprendizaje y desarrollo de habilidades inherente a su mayor recorrido en comparación con otros profesionales que gozan de menor tiempo en la práctica clínica. La experiencia profesional mal gestionada nos puede llevar a organizar y ejecutar procesos equivocados y restrictivos para las partes implicadas, por lo que debemos ser capaces de modificarla y adaptarla antes, durante y después del proceso de implementación.

Es necesario reflexionar sobre las cosas que hacemos en nuestro día a día y el proceso de implementación no es una excepción. No podemos seguir interviniendo desde la intuición o desde esquemas pasados como única verdad, porque, entre otras cosas, uno ya no es el mismo que fue. Es obligación profesional aprender de nuestras experiencias, analizarlas con frecuencia y extraer lo positivo y negativo de las mismas para enriquecerlas y poder así reconstruirnos.

- El razonamiento clínico en la toma de decisiones

Entendemos el razonamiento clínico como el proceso complejo basado en un análisis metacognitivo que engloba el razonamiento científico, narrativo,

pragmático y ético, para planificar, dirigir, realizar y reflexionar sobre la asistencia que ofrecemos a las personas. En ocasiones se concibe la teoría como entidad alejada de la práctica cotidiana por falta de comprensión, integración y vivencia práctica sobre las aportaciones que actualmente se describen en los modelos o marcos de referencia de la terapia ocupacional, creando una imagen de complejidad y de poca influencia en el pensamiento práctico. Según diversos autores, el conocimiento científico debe asumir que:

- Cada persona es una individualidad, un ser dinámico y único.
- El individuo convive con otros en el medio y posee capacidades innatas para adaptarse.
- La persona tiene un pasado, un presente y un futuro. Es un ser activo que tiene aspiraciones e intereses.
- Es la fuente de información creíble sobre su experiencia de vida.

Por tanto, cabe preguntarse qué elementos articula el terapeuta en la toma de decisiones respecto a las acciones de un programa destinado a una población. Resulta obvio que la práctica no es el único pilar sobre el que se sostiene el conocimiento. Todos conocemos que el tratamiento que se presta en una situación concreta no es extrapolable al conjunto global, lo que requiere una continua reflexión sobre como proporcionar a la persona ocupaciones que otorguen sentido y equilibrio a su vida. Así, dos personas con idéntico diagnóstico no equivalen al mismo tipo de intervención en terapia ocupacional, ya que existen otros factores (historia de vida, ciclo en el que se encuentra, valores, intereses, proyectos de vida, la propia subjetividad…) que tendrán mucha más relevancia en la reflexión clínica, ética y pragmática del terapeuta.

Integrar todos los elementos que envuelven a las personas y reflexionar para determinar, conjuntamente con esta y el contexto, la opción más adecuada, es una habilidad que debemos desarrollar continuamente en nuestra vida profesional.

B) Habilidades metodológicas

- Habilidades en la comunicación

La comunicación es otro de los elementos básicos y una de las complejas artes de la interacción humana. Sin entrar a definir por extenso estas habilidades, existen elementos importantes que facilitan u obstaculizan la comunicación con los equipos de trabajo, con los usuarios o con las familias. El terapeuta ocupacional también debe incluir entre sus competencias el desarrollo de habilidades de comunicación adecuadas para este proceso, entender y poner en práctica los elementos favorecedores de un resultado adecuado y evitar los disruptivos. Se tratará así de considerar las influencias

que pueden repercutir en el desarrollo de los programas, como:

1. *Influencia del lugar:* Establecer la comunicación en "nuestro espacio" o en el "espacio del otro". Este aspecto es sumamente importante cuando interactuamos con equipos de trabajo, ya que las personas confiamos más en espacios conocidos o en aquellos que hacemos nuestros. Por el contrario, nos generan mayor respeto e inseguridad aquellos lugares que en principio corresponden a otros. Por esta razón se recomienda utilizar los dos contextos en función de lo que se pretenda implementar o comunicar.
2. *Influencia del momento*: Es conveniente escoger el momento adecuado para dirigirnos a una persona o al equipo de trabajo. Es recomendable que antes de reclamar la atención prestemos esta a las preocupaciones (funciones de apoyo emocional). Las situaciones improvisadas ("de pasillo") no suelen ser las mejores aliadas si lo que se pretende alcanzar es de unas dimensiones importantes. Sondear el momento del otro y utilizar estrategias asertivas de comunicación tiende a resolver situaciones complejas. Reforzar elementos que sean susceptibles de poder ser reforzados del otro siempre apoya a la escucha activa que se puede desarrollar por parte de este, otorgando en el terapeuta la competencia y empoderamiento necesarios para poder proponer y debatir.
3. *Influencia de los aspectos personales*: Las características de cada persona pueden afectar a la comunicación. Normalmente estos problemas pueden venir derivados del nivel cultural, hábitos y pensamientos, actitudes, escalas de valores o por circunstancias personales del momento y de la persona. Encontraremos profesionales que, por más que lo intentemos, difícilmente van a cambiar su forma de actuar o de pensar, y que seguramente no se comprometerán con el proyecto de intervención. Es fundamental economizar los tiempos y los esfuerzos con cada uno de los miembros del equipo o agentes clave. Debemos asumir que también esto puede, en muchas ocasiones, ser parte del proceso y tal vez lo indicado sea saber esperar a momentos más idóneos o permeables, o incluso al cambio de determinadas situaciones.

El uso del lenguaje técnico basado en un razonamiento teórico avalado por la disciplina es una carta favorecedora de un eficaz manejo comunicacional y de un resultado eficaz. Para evitar conflictos derivados de la comunicación entre profesionales es recomendable emplear e interpretar el *feedback*. Poner en marcha las estrategias de la escucha activa. Conocer cuál es la interpretación de un determinado mensaje es básico. Una misma información puede entenderse de múltiples maneras, dependiendo de los factores anteriormente citados.

Facilitar un proceso bidireccional de escucha, respeto y de respuestas

adecuadas a las circunstancias profesionales es una de las formas recomendadas. El respeto es el eje principal sobre el que se formulan opiniones, razonamientos y soluciones, pues permite el diálogo abierto y evita las desconfianzas y suspicacias frecuentes en la práctica actual. Algunos aspectos cotidianos que provocan problemas son:

- Poca *elaboración de las ideas* que se quieren expresar.
- Falta de *claridad en la expresión* de las ideas.
- Debilitado *razonamiento teórico frente a cuestiones opinables.*
- Rehuir del *dialogo y la retroalimentación.*
- Tendencia a *juzgar al otro*.
- Tendencia a *discutir* y no resolver problemas.
- Tendencia a *buscar culpables* y no soluciones.
- No aceptar las *ideas del otro*.
- *Comunicación no verbal poco permeable.*

• Habilidades de negociación

La negociación es el proceso en el que dos o más partes, con cierto grado de poder y con intereses comunes, se reúnen para proponer y discutir propuestas explícitas con el objetivo de llegar a un acuerdo. La negociación solo existe cuando hay interés por llegar a dicho acuerdo. Es fundamental tener presentes estos principios básicos, discutir sobre posicionamientos personales no produce acuerdos inteligentes. Es importante ver que en estos casos se estaría utilizando lo supuestamente negociable para enmascarar cuestiones no resueltas que pudieran estar en lo que subyace. Cuando las partes negocian sobre posiciones tienden a encerrase, olvidando los aspectos que se pueden tratar y ernunciando a buscar vías de solución. Las relaciones de trabajo no deben reducirse a la continua búsqueda de posicionamientos individuales respecto a los otros para tomar las mejores decisiones, o ser estas las que prevalezcan por encima de las del resto. Negociar es un elemento básico en el trabajo con equipos. Toda relación profesional es el fondo de una relación de negociación. Este proceso implica conocer una realidad y las posibilidades del sistema de atención.

No es la ética profesional lo que provoca que no se llegue a acuerdos, sino con frecuencia es la estética *de cómo se comentan las cosas.* Lo interesante, en muchos de los casos, no es lo que se dice, sino cómo se dice. Ahí radica la importancia de complementar las habilidades de negociación con las de comunicación anteriormente descritas. Los terapeutas ocupacionales que deban gestionar programas deben considerar y entender algunos de los principios de la negociación, como son:

- *El poder* de una de las partes es equivalente a la necesidad de llegar a un acuerdo de las otras.
- Negociar *sobre posiciones* resulta insuficiente, genera nuevos conflictos y pone en peligro las relaciones personales. Hay que negociar sobre objetivos claros, concretos y basados en las personas.
- La necesidad es *llegar a un acuerdo* ventajoso, no "vencer al oponente".
- La base de los acuerdos se encuentra en la *cooperación*, no en la competición.
- En este proceso *no se puede coger-utilizar* lo que interesa, el fin se debe centrar en las poblaciones y no en los intereses particulares.

En definitiva, la negociación constituye una *habilidad esencial* que permite planificar, comprender el *análisis*, las *estrategias*, la táctica para conseguir los objetivos, y, sobre todo, los niveles, *los momentos* y la determinación de los agentes clave para desarrollar este proceso. Negociar es un arte, como aquel que desarrollamos en la relación de ayuda con aquel cuya resistencia le lleva a rechazar cualquiera de nuestras propuestas. En la negociación entre los "iguales", desde los equipos de trabajo se suman otros factores de índole personal, intereses y resistencias que complican más el proceso y donde el terapeuta necesariamente debe disponer de esta competencia en su bagaje.

Existen más habilidades fundamentales, pero las descritas anteriormente son prioritarias para implementar programas de intervención ocupacional. Poseer estas habilidades no es sinónimo de éxito, ya que este tipo de trabajo requiere enfrentarse a múltiples desafíos y conlleva mucha práctica y repetición. Por ejemplo, supervisar entornos o contextos marcados por numerosas contrariedades y que presentan sistemáticamente obstáculos para ejecutar un enfoque centrado en la persona es uno de los escenarios donde poner en práctica estas habilidades de negociación.

- Habilidades de liderazgo

El liderazgo representa un trabajo difícil y complicado que engloba la toma de decisiones y un conjunto de responsabilidades dirigidas en dos sentidos:

1. *Sentido institucional*

   Corresponde a los requerimientos solicitados por los profesionales que jerárquicamente están por encima de nuestra práctica profesional. Nunca debe ser una situación unidireccional (habitual en muchas realidades), sino todo lo contrario, bidireccional, estableciendo un

punto de entendimiento entre lo solicitado y lo ofrecido dentro de nuestros principios como disciplina. En cierta manera, los recursos y la cobertura de autonomía y decisión sobre el rol y las funciones profesionales van a depender de esta relación y de las habilidades de negociación que poseamos y seamos capaces de poner en práctica.

2. *Sentido en la asistencia práctica*

Tiene que ver con los equipos de trabajo que participan en la intervención ocupacional. Normalmente corresponde a terapeutas ocupacionales, educadores, insertores sociales o laborales, auxiliares o monitores, etc. El posicionamiento jerárquico o técnico debe estar en equilibrio con el compromiso y la competencia profesional individual de cada uno de los miembros, elaborando estrategias de acción conjuntas. La delimitación de espacios, sobre todo en momentos de crisis, es básica en el liderazgo de equipos, la solución de problemas y el desarrollo de programas. El liderazgo incluye funciones de apoyo emocional y de tipo operativo. Las funciones de apoyo emocional tienen la finalidad de trasmitir confianza y facilitar la participación mediante la motivación, la escucha y la empatía. Los conflictos derivados de la puesta en marcha de la intervención deben ser solucionados y no posponerse. Asimismo, las funciones de tipo operativo son las que vienen derivadas de la relación con la organización y los mandos superiores, en las que se establecen los resultados que se obtendrán del trabajo realizado.

Ejercer el liderazgo precisa:

- Conocer *los problemas que se van a tratar* y elaborar planes de resolución. En ocasiones se confunde el rol profesional del terapeuta ocupacional y es importante delimitar nuestro campo de actuación. De la misma manera, es necesario entender la *línea de actuación de la institución* o de los recursos donde vamos a implantar la intervención ocupacional.
- Precisar los *objetivos claros* y definidos antes, durante y después del proceso. Mantener una actitud positiva y segura en lo que se está llevando a cabo.
- Recoger las *aportaciones* del equipo y de la organización, *analizar su idoneidad y priorización*, así como sus factores inhibidores o facilitadores.
- *Regulación emocional* que permita dominar aspectos de la individualidad que puedan estar en juego de manera poco eficaz.
- Sintetizar la información y *optimizar la acción*.
- *Señalar los progresos* del equipo y de los usuarios.

- *Formarse* en dinámicas específicas de la intervención ocupacional.
- *Posicionarse en el rol del líder* es saber que las demandas implícitas y explícitas desde todos los lugares serán dirigidas hacia uno (*efecto sándwich*).
- *No es lo mismo ser líder que ser jefe.* El encuadre, el razonamiento teórico, la empatía, la delegación y la confianza son parte de los elementos clave del líder.
- *El encuadre en el rol de líder conlleva percibirse como tal*, mostrando con ello una transmisión de esta creencia. No es la ejecución de tareas o su ordenación . Sentirse líder es percibirse desde y con la responsabilidad, y, por tanto, contribuir a un ejercicio de liderazgo con actitud y aptitud.
- *El terapeuta ocupacional es capaz de ejercer el liderazgo.* Esta creencia debe ser el leitmotiv de nuestro pensamiento, rompiendo así mitos asociados donde los terapeutas no están capacitados para desarrollar esta función. La disciplina de la terapia ocupacional aporta una visión holística y resolutiva, favorecedora y sumatoria a las competencias que el terapeuta puede y es capaz de desarrollar.

8.2. El proceso, la evaluación y las acciones de mejora de la implementación

Para lograr los objetivos de las propuestas es recomendable desarrollar acciones claras y entendibles, descritas en el plan de trabajo y orientadas a la población del sector en el que trabajamos y, por consiguiente, a las diferentes dimensiones de la organización del lugar de trabajo.

La evaluación de seguimiento o del proceso es la realizada mientras se ejecuta el programa. Su objetivo es mejorar las acciones de la implementación. Es importante plantearse de forma clara y objetiva los problemas que limitan la ejecución, la situación deseada o pretendida y las estrategias de cambio realistas que se pueden plantear, tal y como se muestra en el cuadro 8.1.

Cuadro 8.1. Los elementos de reflexión en la implementación

Qué problemas limitan la implementación	*Situación deseada*	*Estrategia de cambio realista y posible*
¿Qué problemas detectamos? Son los múltiples "peros" cotidianos de la implementación. Pueden detectarse problemas en los equipos, espacios, seguridad en el propio terapeuta, tiempos, rigidez de la organización, etc.	*¿Cuál es la situación idónea?* Para poder determinar las estrategias de cambio se debe tener claro cuál sería la situación óptima, valorando la viabilidad y accesibilidad a la misma. Sin una idea clara de la situación, es difícil plantear soluciones con coherencia y direccionalidad.	*¿Cuáles son las posibles soluciones?* Para facilitar la superación de las limitaciones es recomendable pensar y reflexionar en varias opciones sobre un mismo problema. El aumento de opciones permite mayores posibilidades de cambio.

Desde la práctica, algunas de las acciones que pueden mejorar los problemas encontrados en la puesta en marcha de las acciones son:

- *Diseñar flujogramas de trabajo:* los flujogramas o similares liderados por el profesional de terapia ocupacional y aceptados por la dirección de la organización permiten ajustar el proceso de implementación.
- *Establecer métodos de información y formación interna:* de todo el equipo de intervención (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería, etc.) sobre temas de ocupación, dimensiones de la persona, bases teóricas, impacto de los ambientes o relación terapéutica, entre otros.
- *Informatizar y gestionar el proceso de evaluación y el documento de terapia ocupacional:* en el gestor clínico o asistencial de la organización para mejorar dinámicas, establecer criterios y medir resultados cuantitativos y cualitativos.
- *Elaborar guías de actuación:* para los diversos programas, actividades y/o situaciones ocupacionales, con accesibilidad para los equipos y, sobre todo, para los profesionales de atención directa de los tratamientos ocupacionales.
- *Delimitar espacios de gestión de situaciones conflictivas:* con los profesionales en temas relacionados con la intervención ocupacional; semanal y/o mensualmente, según necesidad.
- *Crear propuestas transversales:* entre lo sanitario y lo social, diseñadas sobre las necesidades sociales del contexto (como son los animales abandonados, la degradación del medio ambiente, la pérdida de la cultura, etc.), con acceso a la población del sector con disfunción ocupacional no por enfermedad, sino por desempleo, jubilación o incapacidad laboral; a través de su potencial

ocupacional.

- *Desarrollar convivencias cotidianas:* entre profesionales, usuarios, familias y vecinos de la comunidad. A través de la participación ocupacional en contextos clínicos y sociales como estrategia de cambio en la perspectiva del estigma en los profesionales, organizaciones, comunidades y las propias personas con enfermedad mental.

8.3. El dinamismo de los programas de intervención ocupacional en la práctica

Cuando los programas no ofrecen los resultados esperados hay que plantearse qué es lo que falla. Analizando el día a día, probablemente se observe que los programas pueden presentar, en ocasiones, deficiencias en su ejecución, las cuales se perciben por la pérdida de interés de la población o colectivo destinatario de la intervención, ausencia de resultados esperados, sensación de llevar a cabo procedimientos repetitivos y estereotipados o dificultades en la vinculación. Es muy probable que el proceso de evaluación de las situaciones ofrezca respuesta a parte de los problemas inherentes de estas deficiencias. Como viene siendo habitual, es posible que se argumenten los problemas desde factores derivados de la enfermedad de las personas, ignorando que se pueden derivar de la propia intervención. Definir los métodos de seguimiento en el proceso de planificación permite identificar con mayor rapidez aquellos aspectos que no funcionan desde las primeras señales y plantear cambios en la relación, evitando que la situación o el problema alcancen mayor magnitud.

Posiblemente el razonamiento clínico, y especialmente el de índole lógica, pueda conducir a la hipótesis de que la sintomatología negativa (apatía, desinterés y necesidad de apoyo constante) que padecen las personas con enfermedad mental sea la causa. Si además se consideran y emplean modelos teóricos, valoraciones, marcos de referencia, relación y espacios terapéuticos, ¿por qué atribuir la causa a otros factores? Necesitamos, como seres humanos, atribuir o buscar en otros la causa y efecto de aquello que no funciona, de lo contrario entramos en estados confusionales (necesarios para contribuir al cambio y crecer) que nos hacen pensar y repensar en que tal vez las aportaciones de uno han contribuido a un resultado poco eficaz. Concluir que el resultado poco esperado se debe a la sintomatología "negativa" del otro es tomar el camino más fácil, pero no el menos habitual en la identificación, por parte de los profesionales, de las causas.

Los técnicos de una intervención analizan, planifican y diseñan programas que posteriormente implementan. Este proceso, muy utilizado en otros ámbitos de la discapacidad, requiere una consideración especial en el campo de la salud mental. Hay que preguntarse cuál es el papel que representa el usuario en este proceso: si únicamente es un paciente, un agente pasivo receptor de programas; o por el contrario es la persona que va a detectar las primeras señalas de alarma de que un ambiente deja de ser dinámico. Observar una disminución de la participación de la población atendida, con

pérdida del interés esperado, o que entra en dinámicas alienantes ocupacionalmente, es motivo suficiente para analizar el contexto en todas sus dimensiones, empezando por los programas, actividades, actitudes y métodos de los profesionales, que, en definitiva, son parte del entorno. Que los programas sean dinámicos es una tarea complicada. No existen programas dinámicos por defecto. Los proyectos desde la teoría, sin contar con la implicación activa de quienes los reciben, acaban, con probabilidad, en una *cronificación* de la vida de los programas, aportando poco valor al proceso de los individuos. Por otro lado, debemos asumir que existen programas con vida limitada con el fin de no caer en prolongaciones agónicas que no compensan a ninguna de las partes. Conceptos como *elección*, *individualización* y *capacitación*, carecen de sentido si olvidamos a la persona como eje central de la implementación.

La pregunta que hemos de formular en este supuesto es la siguiente: ¿qué es necesario para que una persona se involucre y participe activamente en su proyecto de vida?

Es obligatorio tener presente que los protagonistas del proceso son la persona y su familia, no los profesionales. Los programas, talleres, actividades o tareas, "medios o agentes", como los denominan algunos autores, obtienen diversos resultados según su forma de utilización. La intervención no se centra en la aplicación intercambiable de determinados programas, sino en el impacto que estos ejercen sobre las personas. La opinión de los usuarios facilita la reflexión sobre los programas y las mejoras que requieren. Partir de la relación terapéutica y del proceso de negociación, entre el papel activo del usuario y su familia y las aportaciones técnicas y humanas de los profesionales, es el elemento clave para desarrollar el dinamismo de los programas.

En este sentido, el tiempo es el factor que más influye sobre el dinamismo. En la práctica se observan con frecuencia pérdidas del efecto terapéutico de las acciones. Entre otros motivos, porque la temporalidad de las propuestas delimita un límite del beneficio. Después del proceso de rehabilitación de una persona deben existir oportunidades de desarrollo, de integración, generalización o inclusión en otros entornos. Si estas oportunidades no se corresponden con "ese momento de la persona" —por ausencia de ofertas de trabajo, tiempo de espera para otorgar residencia, etc.— se produce una incongruencia entre los procesos de los servicios y los procesos de las poblaciones, lo cual reduce considerablemente el dinamismo de los programas.

8.3.1. Los factores que provocan procesos estáticos o bloqueados

Los procesos estáticos provocan una codependencia del terapeuta en el tiempo y espacio. Se observa cuando los usuarios participan en el proceso solo cuando el terapeuta mueve el programa. Consecuentemente, se crea una limitación de la identidad, autonomía y competencia ocupacional, basando la práctica en la dirección, la estructuración persistente o en el máximo apoyo, sin facilitar las iniciativas o el desarrollo de las corresponsabilidades por parte de los individuos, tan necesarias para el desempeño ocupacional. Asimismo, se mantiene la disfunción y la dependencia ocupacional,

reflejada en la ausencia de generalización del desempeño, desarrollado desde un ámbito con exceso de apoyos a contextos más naturales. Esta realidad refuerza la falta de convencimiento, por parte de otras disciplinas, sobre la efectividad de los programas ocupacionales. Y lo que es más alarmante, desde estas prácticas se pueden llegar a reproducir las relaciones que de manera tan patológica se han vinculado de manera primaria. Los profesionales reproduciríamos de manera "sana" lo que tal vez no han tenido de manera natural. De ahí la importancia y la dimensión que la relación terapéutica alcanza.

Otro factor que provoca el bloqueo de un programa es la implementación de intervenciones estándares, desarrolladas en algunas experiencias ajenas a la propia y asumidas como tales dados los resultados positivos obtenidos en las primeras. El intento de reproducir un proyecto externo en la propia realidad, sin tener en cuenta los factores internos y externos de la misma, conlleva un "efecto antiterapéutico" de la actuación por dificultades de la adecuación del tratamiento a las necesidades individuales y colectivas, pérdida de intereses, disminución gradual de la participación, imposibilidad de desarrollar proyectos de vida con la flexibilidad y oportunidades necesarias, etc. La consecuencia de este tipo de actuaciones provoca una situación de inmovilismo de la situación de las personas, y de desgaste profesional del terapeuta, que intenta mantener el interés y colaboración de los usuarios.

Los procesos estáticos suelen conducir inevitablemente al fracaso progresivo del programa en curso, a desaprovechar la oportunidad y a culpabilizar a la enfermedad y a los usuarios de este hecho. Se precisan programas evolutivos y en constante adaptación y variación temporal.

8.3.2. El dinamismo basado en la persona

La gran mayoría de profesionales de la salud "hacen para" o "hacen a" la persona. Sin embargo, el terapeuta ocupacional pretende que los individuos "hagan por", pues esta es la finalidad última de la disciplina: el fomento de la autonomía en la vida de las personas en contraposición a la dependencia. Es esencial que el dinamismo surja desde *el papel activo de la persona* en su proceso de atención. El usuario constituye el motor principal del cambio de su situación, debe dejar de recibir atención para participar activamente. Es necesario ofrecer el tiempo necesario a cada situación para que cada uno pueda conocer y entender las ventajas e inconvenientes del proceso desde su propia experiencia, comprometiéndose en la medida de sus posibilidades a su desarrollo personal.

Trabajar con el potencial de la persona partiendo de su historia de vida y sus metas ocupacionales, con la finalidad de determinar aquellas ocupaciones satisfactorias o la búsqueda de alternativas, es una de las funciones de la disciplina; y llevarlo a la práctica se constituye como el gran reto. Los tempos y tiempos del *otro* pocas veces son los tiempos y los tempos del profesional. Centrar la atención exclusivamente en los síntomas o limitaciones, ignorando capacidades y potenciales adquiridos a lo largo de la historia de vida de las personas, es alejarse del elemento clave del dinamismo. Es necesario

contemplar la evolución individual de la persona como elemento de dinamismo, lo que requiere no ceñirse permanentemente al perfil inicial para crear y modificar los programas.

Facilitar el dinamismo de los programas desde las personas en terapia ocupacional requiere:

- Establecer con la persona y con los grupos los niveles de confianza y participación respecto a las decisiones, basándose en la negociación y en el compromiso mutuo.
- Definir el papel en los diferentes momentos respecto a la persona, al terapeuta ocupacional y a los contextos.
- Crear y fomentar contextos de negociación y cambio, así como de reparto de responsabilidades.
- Modificar los programas y los contextos según las necesidades colectivas e individuales.
- Ofrecer oportunidades de elección sobre el programa de intervención.
- Capacitar a las personas para identificar sus necesidades y/o sus elecciones ocupacionales.
- Generar actividades rotatorias, así como variar los espacios que se utilizarán, y el cambio continuo de personas que dirigen o ejecutan una actividad. El grado de rotación de las oportunidades dependerá de las características individuales de cada persona y de las posibilidades contextuales.

8.3.3. El rol del terapeuta como facilitador de programas dinámicos

La relación terapeuta-usuario no se basa en la jerarquía. Es un proceso de cooperación, de confianza en ambas partes y de negociación, que otorga importancia a la perspectiva subjetiva de las poblaciones. Incluso desde este encuadre, ya se traza una delgada línea. Una asimetría de partida. De ahí lo nuclear de no contribuir a que se produzca una mayor desigualdad, sino a calibrar. Debemos facilitar el desarrollo del potencial de los colectivos utilizando las capacidades mediante las iniciativas personales e individuales (Kielhofner, 2006). El terapeuta ocupacional debe evitar la solución de los problemas desde la teoría y no debe acarrear el peso de elaborar proyectos de vida ajenos. Dejar el margen para la búsqueda de soluciones y alternativas por parte del experto de vida será el cometido. Su tarea ha de centrarse en:

- Asesorar, colaborar y apoyar la identificación de proyectos de vida de las poblaciones, individuos y/o colectivos, graduando y adaptando los factores implícitos y explícitos del proceso de ocupación.
- Validar las propuestas para, a posteriori, poder orientarlas si no fueran eficaces.
- Confiar y generar el clima de cooperación mediante el reparto de responsabilidades en el grupo y entorno.

- Crear ambientes de planificación entre el terapeuta y los usuarios, de forma sistemática y organizada, donde se permitan las opiniones y el cambio.
- Desarrollar procesos de organización e intervención. Organización basada en las necesidades grupales e intervención fundamentada en las individuales. Ambas deben estar adaptadas a la tolerancia y al compromiso, así como a las posibilidades del contexto o entorno (proceso de análisis contextual).
- Entender que la persona participa en el ambiente en lugar de ser determinada por él.
- Ofrecer alternativas y opciones de intervención implementadas en las organizaciones o en la comunidad.

8.3.4. Los contextos de planificación y los programas con "vida"

La "movilidad" y flexibilidad del proceso de atender a las personas se apoyan en la planificación como una herramienta fundamental. Considerar momentos de cambio sistematizados y consensuados es parte de esta planificación. En el proceso de planificar con las personas se requiere delimitar el lugar y qué metodología se emplea, así como definir las reglas de la negociación y los niveles de compromiso como premisas básicas. Existen programas exclusivos para los procesos de negociación y planificación, en formato individual o grupal, denominados "grupos de gestión" o "grupos de planificación", por ejemplo. En este tipo de intervenciones es recomendable:

- Utilizar agendas para cada miembro en las que figuren todos los programas en los que participa, y estructurar los formatos de seguimiento.
- Organizar el material de apoyo utilizado, lo cual constituye una fase esencial del proceso de planificación. Este incluye la disposición de calendarios, información de la comunidad, horarios de otras intervenciones y, sobre todo, un tablón accesible y fácilmente visible en el que figuren las "cosas pendientes". También es recomendable elaborar paneles visuales del reparto de responsabilidades.
- Proporcionar información general al grupo, con retroalimentación en los espacios de información y/o gestión de situaciones.
- Combinar variedad de actividades específicas, transversales, estables y puntuales.
- Diseñar cronogramas de eventos con otros agentes de la comunidad, servicios y/o colectivos con elaboración compartida o autónoma por parte de los participantes.
- Ampliar las oportunidades individuales y colectivas, con diversos formatos, características y entornos de participación.

Los programas de gestión y planificación no constituyen un entorno de asamblea, donde se negocian normas de convivencia. Tampoco hay que confundirlo con las

tutorizaciones individuales. Deben ser espacios específicos y estructurados, destinados a trabajar sobre los elementos necesarios para desarrollar los proyectos de vida. El trabajo grupal permite crear alianzas comunes y desarrollar ideas compartidas. El trabajo individual se centra en la persona y en su proyecto.

8.4. La supervisión profesional en los procesos de implementación

La supervisión profesional, en los equipos que participan en los tratamientos a través de la ocupación, es una necesidad emergente en las últimas décadas. La palabra "supervisión" deriva del latín *visus*, que significa "sobre ver, investigar, mirar, dirigir y observar" el proceso de trabajo y a los trabajadores durante su ejecución o acción. La figura de la supervisión se entiende como el profesional que gestiona la intervención de programas de un dispositivo o colectivo y que da respuesta a las demandas de la población, así como a las directrices que marca la dirección de la organización para la que se realiza la supervisión.

Si hablamos de control de la calidad, este concepto no solamente está relacionado con el rol de ejecución de intervenciones o del desarrollo de determinadas actividades, sino que también conlleva el reto de ejercer una supervisión profesional basada en los procesos de organización, implementación de programas, ejecución y seguimiento.

La supervisión profesional se contextualiza como la gestión eficaz del *factor tiempo* y es un reto importante dentro de los recursos sanitarios y sociales, públicos y privados; supone además un cambio no solamente en los estilos directivos, sino en la mentalidad de los mandos intermedios y en todos y cada uno de los integrantes del sistema (Moyano, 2011). La supervisión por parte de los terapeutas ocupacionales puede estar condicionada por factores como la normativa legal, el grado de apoyo de la organización, la experiencia, la aceptación de los profesionales o la filosofía personal de intervención.

La supervisión representa la obligación de trabajar en grupo, trabajar juntos, lo que significa comprometerse a alcanzar objetivos, ejercer la autonomía y reconocer la interdependencia. Por tanto, es un requisito básico crear *un clima de trabajo* que permita a los profesionales tomar decisiones siempre en beneficio de la persona y su familia, y que estas decisiones estén basadas en la combinación de razonamientos lógicos, clínicos y compartidos entre los profesionales y los usuarios.

Utilizar un lenguaje alejado de los tecnicismos propios de la disciplina y comprensible por todos los profesionales, independientemente de su formación académica, resulta un factor básico que asegura la calidad y la continuidad de los programas. Es recomendable elaborar un cronograma de actuación y trabajar con él, a partir de indicadores de calidad y mediante un método definido y entendido por todos. Es necesario entender que la atención a la persona con enfermedad mental grave supone avanzar dos pasos y, a veces, a pesar de los tecnicismos y los razonamientos clínicos, retroceder tres. El proceso de la rehabilitación es circular, nunca lineal, y en ese sentido debe ir la supervisión profesional; hemos de adaptarnos a los cambios y tener presente que el tiempo lo marca la persona, no el programa.

Las funciones incluidas en el rol de la supervisión son las siguientes: funciones asistenciales, de coordinación, desarrollo profesional, docencia, comunicación, desarrollo del colectivo, protocolización y *calidad asistencial*.

8.4.1. ¿A quién va orientada la supervisión profesional?

Está orientada a diferentes niveles, incluyendo los dispositivos, ya sean de carácter interno o externo, colectivos de terapia ocupacional u otros profesionales. Este trabajo, dentro de los recursos actuales, engloba una serie de responsabilidades consigo mismo, con los usuarios, con los profesionales, con otros cargos, con la organización y con el servicio. La supervisión se efectúa de forma autónoma o compartida y consta de una serie de fases fundamentales. Las fases necesarias para efectuar una supervisión, dentro de unos parámetros de calidad, son:

A) Delimitación de la intervención

El primer paso es realizar, con el equipo, un análisis de los problemas, priorizarlos y delimitar el inicio y el final de la intervención. El análisis ha de ser de los usuarios, de su entorno social y cultural, de los espacios físicos, etc. A partir del análisis contextual, entendido como el análisis del sistema, y del análisis del dispositivo, se podrán delimitar las posibilidades de la intervención. La comprensión de las pretensiones que se busca conseguir en un futuro evita falsas expectativas profesionales y ayuda a planificar las posibilidades reales de implicación, nuestra y del equipo.

B) Cronograma de actuación

Es una herramienta que, además de servir en la supervisión profesional, es recomendable en la presentación de proyectos. Significa estructurar en el tiempo el proceso de nuestra práctica, el tiempo destinado al análisis, el diseño del programa, la preparación de los entornos, etc. En definitiva, es la visualización de los tiempos de cada fase para poder desarrollar con la suficiente calidad nuestro trabajo. En la implementación, como en otras fases, los tiempos previstos son estimativos. Existen factores que pueden alterar los tiempos del cronograma de actuación y que, por tanto, deben recogerse en el mismo.

Conocer si estamos consiguiendo los objetivos planteados en el tiempo previsto es parte del método desarrollado para el control de la calidad de nuestro proceso.

C) Metodología entendible y aplicable

La metodología utilizada ha de ser comprendida por todo el equipo. Los seguimientos deben ser sistemas ágiles que eviten acumular trabajo burocrático, el cual disminuye nuestro trabajo en otros aspectos. Una metodología entendible y aplicable

facilita abordar las metas ocupacionales de los individuos con las menores interferencias posibles. No existen metas únicas ni predeterminadas. Las personas en terapia ocupacional han de seguir sus propios procesos. Una parte de la población evolucionará hacia metas más amplias, mientras que otra trabajará en metas más sencillas, pero no menos importantes.

D) Canalización de problemas y cambios

En todos los equipos, igual que en la vida cotidiana, los cambios provocan situaciones difíciles que precisan la canalización de estos momentos. Los espacios de reflexión y diálogo son una de las vías de solución, tal y como se detallaba en el apartado de comunicación. Un profesional no debe, ni puede, dar soluciones unilaterales. Las soluciones surgen de un proceso de reflexión conjunta con las personas implicadas. Las soluciones consensuadas resultan más fáciles de llevar a cabo y aumentan la posibilidad de éxito. Puede ocurrir que estos espacios no sean eficaces para encauzar todos los problemas, o que incluso superen las posibilidades del rol profesional. En este supuesto, es fundamental conocer y entender el organigrama jerárquico de la organización para derivar los problemas, facilitar cambios o definir otro tipo de actuación.

E) Formación profesional

A quien no ha recibido una formación básica sobre filosofía, herramientas, etapas e intervención práctica es difícil solicitarle resultados de calidad. En aquellos casos en los que el terapeuta supervise a un grupo de profesionales que participan en la intervención, debe ofrecer formación básica en términos de ocupación.

8.5. La supervisión profesional desde terapia ocupacional

En España, la supervisión profesional desde terapia ocupacional está en fase de desarrollo. A continuación se describen las áreas en las que se desempeña actualmente el rol de supervisión profesional:

8.5.1. La supervisión profesional de los terapeutas ocupacionales

Existen disciplinas que llevan años desarrollando la supervisión profesional. En las intervenciones ocupacionales, históricamente, esta competencia la ha ejercido la psicología o la enfermería. Cabe preguntarse, ¿es lógico y coherente que otros profesionales supervisen la intervención ocupacional? Seguramente no, y la práctica nos ofrece muchos ejemplos de inhibición en las competencias profesionales para formular una afirmación así. Anteriormente se ha descrito que, para desarrollar una supervisión profesional eficaz es necesario poseer el conocimiento y las competencias necesarias en

las acciones que se van a supervisar. Por esta razón, quienes más conocen las competencias de la disciplina son los propios terapeutas ocupacionales.

Algunos de los aspectos implícitos en la supervisión son:

- Unificar la cartera de servicios. Se deben realizar proyectos globales en detrimento de programas parcializados.
- Desarrollar espacios para la gestión de casos, situaciones y reuniones bibliográficas para favorecer que se actualice la formación.
- Identificar las demandas del servicio. Equilibrio entre la demanda y las posibilidades de los programas.
- Delimitar los objetivos e indicadores que permitan evaluar el proceso de implementación.
- Unificar herramientas de valoración e intervención, así como los aspectos de documentación de la historia clínica de la persona. En algunos centros ya se está utilizando la codificación de documentación por parte de todas las disciplinas.
- Implantar planes de actuaciones transversales y longitudinales, con una temporalidad determinada y contemplados en un cronograma de actuación.
- Ofrecer resultados y fomentar la investigación.

8.5.2. La supervisión profesional del terapeuta ocupacional a otros profesionales

La supervisión a otros profesionales es una de las tareas que cada vez con mayor frecuencia ejerce el terapeuta ocupacional en el campo de la salud mental; lo que se ha convertido en un aspecto esencial para garantizar la intervención desde "lo relacional" hasta "lo contextual". Desviarse de las pautas establecidas en las intervenciones ocupacionales es común, si no existe una adecuada supervisión. La negociación, tal como la definimos en este capítulo, significa trabajar no solo con los usuarios y sus familias, sino que representa llegar a acuerdos con los profesionales que, día a día, pasan una gran cantidad de horas en la atención directa. Por tanto, la predisposición del personal es fundamental para implementar programas de terapia ocupacional. Cada persona integrante del equipo de trabajo ha de comprometerse con aquellas tareas con las que se siente más identificada y obtendrá mayor gratificación profesional; se sentirá de esta manera más implicada con su trabajo y con el proyecto. El papel del terapeuta ocupacional ha de incluir no solo la planificación y la delegación de una acción, sino que en las primeras fases del desarrollo ha de involucrarse en las tareas en las que realizará el seguimiento.

Negociar con la dirección del servicio la flexibilidad de las cargas de trabajo, los tiempos delimitados por las necesidades de la población, y no por la tarea que se va a desempeñar, es también parte de la supervisión. Funcionar por tiempos es algo muy frecuente en los trabajos, por tanto, si los profesionales han de asumir nuevas tareas,

existirá sobrecarga (o percepción subjetiva de la misma) y dejarán de desarrollar aquello a lo que se habían comprometido. Por otra parte, también se genera tensión en el entorno del usuario. Entrar en este tipo de dinámicas basadas en la queja y el conflicto no beneficia a ninguna de las partes implicadas, las relaciones profesionales terminan erosionándose y alcanzando climas destructivos que afectan directamente al proceso de intervención con las personas.

Por último, es importante negociar con la organización que se incluya a los profesionales en espacios de reflexión. El propio terapeuta ocupacional puede preparar sesiones formativas basadas en los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la práctica. De esta forma evitamos explicar reiteradamente y con posterioridad los elementos de la implementación de los programas.

8.5.3. Supervisión profesional compartida con otros profesionales

Este tipo de supervisión es solicitada dentro de los dispositivos internos o externos, actuando como un equipo de gestión y supervisión técnica. Dentro de grandes sistemas es una forma de garantizar el control de la calidad en los dispositivos, dicha función es compartida entre varios profesionales y se amplía el abanico de tareas que se asumen.

En este tipo de supervisión se deben definir la metodología y los indicadores que se van a supervisar, por lo que es recomendable utilizar sistemas de valoración unificados y consensuados, así como determinar e implantar las estrategias oportunas. La metodología de coordinación resulta imprescindible para seguir la misma línea entre los diferentes profesionales que ejerzan la supervisión.

9

La evaluación de los programas

La evaluación es un proceso dinámico que utiliza estrategias sistemáticas de diseño, recogida y análisis de la información. Proporciona datos significativos para la toma de decisiones y la reformulación de acciones. Por lo tanto, forma parte inherente de las tareas del proceso de organización, en la medida que ofrece información y juicios acerca del funcionamiento del programa, para que, a partir de los mismos, se puedan diseñar estrategias de cambio, fortalecer los aspectos adecuados o modificar aquellas acciones o condiciones productoras de resultados no deseables.

En esta línea, los resultados de la evaluación de programas, en los ámbitos de la salud y social, permiten visualizar los beneficios ocupacionales de la intervención. Además, facilita comprender si el proceso de actuación es el adecuado, a través de las debilidades y fortalezas del mismo, con la finalidad de construir nuevas estrategias, modificando las existentes o incluso eliminándolas. Estas estrategias de evaluación deben responder, por una parte, a la realidad compleja de la ocupación humana y, por otra, a la realidad cambiante del contexto. Por ello, son necesarios sistemas de recogida de información ágiles y dinámicos que no pierdan la sensibilidad y el significado de los resultados, que puedan adaptarse a situaciones clínicas y sociales.

Es una fase fundamental para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los procesos de organización de la profesión en todos sus aspectos. Permite comparar la situación inicial de las necesidades ocupacionales con el diseño, la implementación y el impacto. La evaluación es, sin lugar a dudas, un ejercicio de autoconocimiento que debe ser ejercido con toda honestidad, para comprender y valorar mejor el quehacer ocupacional. Para realizar las tareas de evaluación existen herramientas, procedimientos y técnicas que han evolucionado. Algunos de los períodos más importantes de la historia de la evaluación de programas se representan en el cuadro 9.1.

Cuadro 9.1. Etapas de la evaluación de programas (Rossi, 2004)

Período	*Características de la evaluación*	*Enfoque*	*Representantes*
Edad de la reforma 1800 -1900	– Se asignan recursos a las instituciones de acuerdo con los resultados alcanzados. – Evaluación con el apoyo de comisiones nombradas por los gobernantes. – Aparece el inspector que evalúa.	Asociaciones y juicios de expertos para evaluar y acreditar.	Howe Mann Rice
Edad de la eficiencia y la prueba 1900-1930	– Sistematización y estandarización para medir objetivos instruccionales o sociales. – Indicadores cuantitativos.	Medición y cuantificación (empleo de test estandarizados).	Strayer
Edad tyleriana 1930-1945	– Evaluar los programas a partir de los objetivos. – Énfasis en objetivos conductuales. – Evaluación centrada en los resultados. – Tecnologización de la evaluación.	Objetivos planificados y objetivos logrados (linealidad).	Tyler
Edad de la inocencia 1946-1957	– Énfasis en el estudio y desarrollo de instrumentos de evaluación, taxonomías de objetivos, de modelos experimentales y de procedimientos estadísticos como producción teórica y no como interpretación de la realidad.	Uso de experimentación y estadísticos (cuantitatividad).	Lindquist Campbell Tyler
Edad de la expansión 1958-1972	– Nacimiento del evaluador como una nueva profesión. – Evaluación de metas, inversiones, prestaciones de servicio, planes de perfeccionamiento, utilidad del programa, ética del evaluador.	Juicio de expertos o profesionales. Toma de decisiones. Proceso.	Cook Hammond Metfessel Michael, Stake, Scriven, Stufflebeam Popham, Provus
Edad del profesionalismo 1973-Presente	– Estudios sobre evaluación y su teoría. – Sistematización de la metaevaluación. – Debate entre los enfoques positivista/cuantitativo y fenomenológico/cualitativo.	Toma de decisiones. Proceso. Explicación y comprensión de los hechos.	Scriven, Madaus, Stufflebeam, Guba, Lincoln,Parlet, Hamillon

En este momento, la evaluación de programas goza de gran importancia en las organizaciones y/o servicios. La complejidad y especialización de los ámbitos sanitarios y sociales lleva a la sociedad a "pedir cuentas" a las organizaciones e instancias gubernamentales sobre el manejo de los recursos otorgados, así como sobre la repercusión de los mismos. Debe mimarse este proceso para preservar el equilibrio entre recoger y evidenciar sin perder la esencia. De lo contrario, los resultados estarán alejados por completo de la evidencia.

La evaluación es un procedimiento sistemático, organizado con un propósito y su realización precisa del dominio de elementos teóricos, metodológicos y técnicos sobre el objeto que se busca evaluar (en este caso, la ocupación). Es decir, para evaluar el impacto de la ocupación como tratamiento es imprescindible una adecuada formación y preparación del evaluador, porque es una actividad organizada (no azarosa), metódica (no incoherente), propositiva (no confusa) y especializada (no genérica).

9.1. Finalidad de la evaluación de programas de intervención ocupacional

El objetivo principal de la evaluación de programas es evidenciar la eficacia de la intervención ocupacional en una población determinada, basándose en los resultados obtenidos, medidos en términos de cambio estadísticamente significativos. Para ello, el terapeuta ocupacional ha de desprenderse de la deseabilidad para anclarse en la honestidad, porque está en juego la mejora y la optimización de aquello que se aporta.

Genéricamente desarrollamos evaluaciones de tipo técnico, que son las que corresponden al rol profesional, aunque los terapeutas dedicados a la gestión también realizan evaluaciones de tipo administrativo o político-estratégico. En ambos casos la pregunta es la misma: ¿qué demuestra que se han alcanzado los objetivos? La respuesta es: los resultados esperados, obtenidos con un procedimiento desarrollado entre la situación basal y la situación posterior a la intervención. Esta respuesta ofrece matices porque en el proceso de evaluación de programas no se evalúan únicamente los resultados esperados. ¿Por qué? ¿Esperados por quién? ¿El terapeuta ocupacional? ¿La organización?

Los resultados deben tener coherencia interna con el contexto, el proceso, los efectos y el impacto. Deben ser pertinentes, explorando el adecuado diseño para cubrir y satisfacer las necesidades ocupacionales e intereses de los implicados. Asimismo, la evaluación, debe medir el progreso de las actividades y sus adaptaciones, así como los cambios que permitan cumplir los objetivos planificados; en definitiva, la efectividad del programa. Sin embargo, esta efectividad debe evaluarse de forma amplia, desde el análisis de la realidad hasta los resultados, contestando a las siguientes preguntas:

1. ¿Se necesita este programa? ¿Cuáles son las necesidades ocupacionales y de salud de la población para la que está diseñado el programa?

2. ¿Qué conceptos se trabajan en el programa?
3. ¿Son adecuados los objetivos?
4. ¿Es correcto el diseño del programa?
5. ¿La implementación del programa es la adecuada?
6. ¿Los recursos humanos, físicos y materiales son adecuados y suficientes para las necesidades del programa?
7. ¿Cuál es el coste del programa? ¿Es eficiente? ¿Es sostenible?
8. ¿Obtiene el programa los resultados deseados? ¿Hay efectos colaterales no esperados?

En definitiva —a pesar de la poca cultura de evaluación de programas en terapia ocupacional que existe—, evaluar es una necesidad básica y cada vez debe estar más presente, porque permite:

- Medir y cuantificar los resultados de un programa de intervención ocupacional.
- Comparar los objetivos alcanzados con los planificados.
- Fundamentar el punto de partida para la toma de decisiones.
- Contextualizar si el proceso es el adecuado.
- Describir los factores facilitadores o limitadores en el desarrollo de las intervenciones ocupacionales.
- Explicar y comprender las intervenciones ocupacionales en relación con los resultados obtenidos.

9.2. La tipología de la evaluación de programas

Existen distintas tipologías de evaluación de programas. Para la práctica actual de la terapia ocupacional las más relevantes son las relacionadas con el momento, el tipo de evaluación y el evaluador (interno al programa o externo).

En primer lugar, la evaluación del diseño, denominada *diagnóstica* o *sincrónica*, corresponde al conocimiento del estado actual de una situación abordada. Su objetivo es identificar discrepancias en las metas y propósitos previamente establecidos. Aspecto básico en la fase de análisis de realidad, para ajustar la demanda y la oferta inicial.

En segundo lugar, la evaluación de los procesos, denominada evaluación *formativa*, se efectúa durante las diferentes fases del programa; se centra en lograr información de la metodología y el funcionamiento del programa.

Por último, la evaluación de los *resultados*. Corresponde a los datos recogidos para valorar los logros finales del programa. Existen dos clases de evaluación de resultados: la evaluación *ex post* y la evaluación de impacto.

1. La evaluación *ex post* o de resultados. Se efectúa cuando finaliza el programa. Se enfoca en validar el nivel de cumplimiento de los objetivos. Pretende demostrar que los cambios producidos son consecuencia de las actividades

desarrolladas (exclusivamente o en interacción con otras fuentes).

2. La evaluación de impacto, llamada también "sumativa". Debe ser realizada un tiempo después de la finalización de las acciones y no inmediatamente después de concluir estas. El tiempo recomendado para efectuar la evaluación de impacto puede ir de dos a cinco años. Esta evaluación indaga en los cambios permanentes y en las mejoras de la calidad de vida producidas por el programa, se enfoca en conocer la sostenibilidad de los cambios alcanzados y los efectos imprevistos (positivos o negativos).

En esta línea, es destacable que el sistema más utilizado por los terapeutas ocupacionales, sobre todo en la práctica clínica, es el de resultados. A pesar de que todavía existe poca cultura al respecto, es un tema en alza, por la influencia de los procesos de calidad asistencial en muchas de las organizaciones en las que trabajamos. Este aspecto, de calidad asistencial, conlleva seguir profundizando en métodos que permitan obtener resultados sobre la intervención ocupacional. Uno de los métodos más utilizado es el basado en indicadores y criterios, descritos en los siguientes apartados de este capítulo.

9.3. ¿Qué evaluar en los programas de intervención ocupacional?

Los resultados de los programas son el producto final del proceso de terapia ocupacional y describen lo que se puede lograr con las personas, organizaciones y/o poblaciones. Nuestro foco de interés está centrado en los conceptos de salud ocupacional, en la participación y en el compromiso de las personas con las ocupaciones en sus vidas. Los resultados globales obtenidos por la intervención ocupacional surgen, precisamente, de la interrelación y medición de estos conceptos. Los logros obtenidos por la intervención ocupacional pretenden evidenciar que las personas alcanzan la salud y la participación a través de las ocupaciones. Uno de los objetivos fundamentales es la orientación, la facilitación o la creación de las oportunidades necesarias para que los individuos y/o poblaciones puedan participar en las ocupaciones de su contexto. Evaluar conlleva definir *qué evaluar* y *cómo evaluar,* es un proceso que debe ser congruente con el paradigma de la profesión.

Los beneficios que la disciplina pretende ofrecer, medidos en resultados y en términos de efectividad, eficiencia, coordinación, seguridad, trato, respeto, información, puntualidad, adecuación, accesibilidad y satisfacción. Estos aspectos son indicadores básicos de la calidad asistencial en cualquier contexto o situación. Por tanto, estos términos citados deben estar interrelacionados con las dimensiones de intervención de la terapia ocupacional. Hay que resaltar que la descripción no sigue un orden ni jerarquizado ni priorizado, ya que ese orden debe decidirlo el profesional en el contexto de su realidad y propósito de la evaluación. Las dimensiones recomendadas para evaluar programas de intervención ocupacional son:

- *Proyectos de vida:* Uno de los aspectos más importantes del desarrollo de programas es conocer el grado de logro en la reconstrucción, el acceso, el mantenimiento o la mejora de los proyectos de vida de las personas con relación a la situación basal o previa a la intervención. La búsqueda del propósito y el significado de la vida es un aspecto esencial de la intervención ocupacional. Incluye los sueños, las ilusiones, las metas personales, etc. Por tanto, es una de las áreas prioritarias de evaluación de resultados.
- *Desempeño ocupacional:* Otro de los resultados esperados es mejorar o aumentar el desempeño ocupacional en los diferentes contextos. El desempeño ocupacional se comprende como el acto de hacer y completar una actividad elegida y es el resultado del intercambio dinámico entre el cliente, el contexto y la actividad. Es necesario medir cualquier cambio significativo de los indicadores que engloba el desempeño: actividades de la vida diaria básicas, instrumentales, ocio, participación social, empleo, sueño, etc.
- *Salud y bienestar:* Con relación a la percepción subjetiva de los individuos, de las poblaciones y/o del contexto (organizaciones, familias, etc.). Uno de los propósitos principales de la acción ocupacional es la conciencia de las poblaciones sobre el bienestar que se consigue con un hacer cotidiano equilibrado, con la promoción de estilos de vida saludables, basados en intereses y valores individuales y con una participación en contextos significativos.
- *Oportunidades de participación:* La terapia ocupacional gestiona la construcción, modificación y/o adaptación de oportunidades ocupacionales en cualquier situación, entorno o contexto. Por esta razón, los resultados deben mostrar la cantidad de oportunidades alcanzadas, la reducción de apoyos, el grado de participación, los ambientes, etc. conseguidos con las propuestas de intervención. Tanto en el contexto clínico y social como en el comunitario. El desarrollo de oportunidades, en su globalidad, es uno de los aspectos con mayor resultado en los procesos de organización.
- *Adaptación, autodeterminación y empoderamiento (cambio de la persona ante la ocupación):* Trabajando la identidad ocupacional de la población se provoca un cambio en el nivel de respuesta de los individuos ante la ocupación. Por ello, es importante cuantificar si las personas participantes en estos programas han logrado un cambio respecto a la situación basal, cuántas personas han tomado las riendas y decidido sus ocupaciones y cuántas han desarrollado acciones para decidir sobre su situación personal y social. La medición de estos aspectos es fundamental en la evaluación. La *sensación*, por parte de los profesionales, de que la persona no ha mejorado en su desempeño ocupacional, que no tiene un proyecto de vida, pero que ha mejorado en su predisposición, su actitud, su relación con el equipo, etc. es parte de la mejora de esta dimensión.
- *Habilidades y componentes de la ocupación:* En estas dimensiones se incluyen los indicadores de la competencia de roles, hábitos, rutinas y habilidades de desempeño (motoras, comunicación, interacción y procesamiento). A través de

los programas, sobre todo en determinados contextos laborales, el terapeuta trabaja en períodos muy cortos de tiempos (unidades de agudos o subagudos) para valorar cambios en las dimensiones anteriormente citadas, aunque también se evidencian cambios. En este supuesto, como en otros de mayor tiempo de estancia, los resultados de la intervención ocupacional se evidencian en la mejora o mantenimiento de las habilidades y componentes de la ocupación. Como ejemplo, se incluyen en este punto la regulación de rutinas, la mejoría de cualquiera de las habilidades de desempeño, la adquisición o recuperación de roles, etc.

- *Calidad de vida y satisfacción del cliente:* Incluimos en el mismo apartado calidad de vida y satisfacción, a pesar de que son dos términos para evaluar globalmente, o bien por separado. Desde la profesión comprendemos que las personas obtienen satisfacción de aquello que consideran importante, a lo cual tienen acceso. Por lo tanto, la felicidad, la satisfacción o la calidad de vida están directamente relacionadas, entre otros factores, con las condiciones sociales y ambientales que envuelven a las personas. Según sean estas condiciones, estarán satisfechas o no las necesidades humanas.

En definitiva, los progresos de los individuos y/o poblaciones, así como los beneficios de la acción ocupacional, deben determinarse por la elección de las dimensiones anteriormente citadas o por otras que evalúen realmente el propósito y los principios del paradigma por el cual se construyen los programas de intervención ocupacional. Es el resultado de la interrelación del criterio profesional del terapeuta, con la participación de los clientes y los contextos apoyados sobre los criterios de calidad asistencial. La evaluación permite modificar, conjuntamente con los usuarios, los aspectos que no son relevantes o que no han ofrecido el resultado esperado. Del mismo modo, el proceso de evaluación ofrece una mayor calidad asistencial si se establecen acciones de futuro modificadas y adaptadas a la población.

9.4. La evaluación de programas: ejemplo práctico

En el cuadro 9.2 se representa un ejemplo en un servicio de rehabilitación comunitaria. La estancia máxima es de dos años y las dimensiones evaluadas son:

1. *Proyectos de vida:* Se evalúa la implementación de un programa realizado, semanalmente, durante seis meses; cuyo objetivo es la identificación por parte de los participantes de un proyecto de vida congruente con sus expectativas y posibilidades en su situación y contexto.
2. *Desempeño ocupacional:* Se evalúa la participación en el programa global de terapia ocupacional integrado por diferentes subprogramas de capacitación, asesoramiento y empoderamiento en diversos contextos. El objetivo es valorar la mejora del desempeño ocupacional en un período determinado.

9.5. Evaluación de programas con indicadores

La calidad asistencial lleva implícita la evaluación sistemática, periódica y objetiva de la intervención. Este proceso se efectúa a través del control y monitorización de indicadores, definidos al inicio, seguidos durante la actuación y evaluados en un período predeterminado, permitiendo de esta manera la obtención de resultados.

Los indicadores, como concepto y herramienta práctica, en primer lugar aportan objetividad al proceso de evaluación, son instrumentos de medida y permiten describir resultados desde una óptica objetiva y cuantificable. Cualquier indicador se ha de acompañar del grado de cumplimiento que se pretende conseguir, es el llamado "estándar". En segundo lugar, se acompañan de un sistema de monitori zación, necesario para determinar el beneficio de un programa o las aportaciones de una disciplina, equipo o dispositivo. Esta monitorización permite detectar las llamadas "señales de alarma", que identifican los errores o desajustes en la intervención, facilitan efectuar los cambios correspondientes y mejoran la calidad del servicio y de la atención. Por último, delimitan los aspectos que se han de trabajar, pues detectan los factores que no ofrecen el resultado esperado de nuestra intervención, es un sistema que permite reflexionar y visualizar las dimensiones y los resultados de la acción, aspectos básicos para cambiar los programas, las intervenciones e incluso la orientación del servicio.

Cuadro 9.2. Ejemplo de evaluación de dimensiones de la intervención ocupacional en un servicio de rehabilitación comunitaria (tiempo de estancia dos años por concertación)

Dimensión	*Programa*	*Objetivo*	*Situación previa*	*Sistema de monitorización*	*Tiempo de evaluación*	*Resultados previstos*
Proyectos de vida	Grupo Proyecto de vida	La población del programa ha de identificar un proyecto de vida congruente con sus características personales y su contexto	Número de personas totales participantes en el programa, sin proyecto de vida o que era incongruente con su situación	– Entrevista ocupacional y diseño del cuestionario sobre metas, expectativas y proyecto de vida. – La persona manifiesta, en este cuestionario, poseer proyecto de vida o no. En caso afirmativo, lo describen en un registro de autoevaluación. – El mismo registro se utiliza al inicio y al final con una escala de Likert (0-10).	Al inicio, a los seis meses y al año	– Porcentaje de personas que identifican un proyecto de vida congruente. – Porcentaje de personas que NO identifican un proyecto de vida congruente
Desempeño ocupacional	Programa global de terapia ocupacional	Mejorar el desempeño ocupacional de las personas atendidas con el programa	Número total de personas participantes en el programa con dificultades en algún área de ocupación y disfunción en el desempeño ocupacional (puntuaciones inferiores a 4 en el perfil ocupacional)	– Inventario de nueve áreas de desempeño ocupacional: comunicación, manejo del entorno, AVD B, tareas del hogar, participación en la sociedad, descanso-sueño, empleo, educación y ocio. – Perfil ocupacional	Al inicio, a los seis meses y al año	– Porcentaje de personas que mejoran en el desempeño ocupacional (suma de las áreas) – Porcentaje de personas que NO mejoran en el desempeño ocupacional

Hablar de indicadores no significa definir un manual de atención, estático y confeccionado desde fuera de la realidad, sino que requiere una profundización profesional en el diseño interno de los problemas. Es importante destacar que los indicadores no son:

- *Objetivos per se,* deben proporcionar consideraciones al proceso de evaluación.
- *Sistemas de control y penalización*, sirven para monitorizar y ajustar las acciones.
- *Permanentes,* ya que los indicadores cambian, por las necesidades de la población o por cuestiones intrínsecas o extrínsecas al servicio.
- *Sistemas para coleccionar datos,* esta no es su finalidad, sino que está ligada al concepto de calidad asistencial (diseñar, implantar, monitorizar, evaluar y ajustar).

La evaluación por indicadores debe ser parte de un sistema de calidad interno en las organizaciones o servicios; sistema propuesto por la dirección o por el terapeuta ocupacional.

9.5.1. Consideraciones de la evaluación a través de indicadores

Los terapeutas ocupacionales que trabajan en programas de rehabilitación, integración e inclusión de las personas que padecen una enfermedad mental, lamentan la inexistencia de objetivos cuantificables desde la ocupación; y la falta de un análisis sistemático del cumplimiento de los objetivos. Como consecuencia, resulta difícil la evaluación y el análisis de las tendencias de los resultados a lo largo del tiempo y la comparación con otros programas del mismo sector de actividad.

La implantación progresiva de una cultura de programas de calidad en las organizaciones viene a paliar este déficit y favorece, entre otras cosas, la evaluación sistemática de las dimensiones de la ocupación más relevantes, al permitir objetivar resultados y compararlos entre sí.

Esta implantación de programas de calidad en cualquier organización puede desarrollarse desde dos ópticas: sistemas externos o internos de calidad. En la cultura actual de las organizaciones se utilizan los sistemas externos de calidad, por la vinculación a aspectos de concertación de los servicios con la Administración o la consejería de sanidad o servicios sociales. Llevan implícito el cumplimiento de una serie de indicadores definidos anualmente. Estos sistemas externos, además de utilizarse en los conciertos de las entidades públicas con las organizaciones privadas, se ponen en práctica con la certificación de sistemas de calidad.

Centrándonos en los sistemas internos de calidad, que son los que nos interesan, se han ido desarrollando en múltiples organizaciones en las que trabajan terapeutas ocupacionales. Normalmente se implanta este tipo de sistema para la mejora de la atención (la organización trata de responder a la pregunta "¿qué podemos mejorar?") por ser un sistema de monitorización de la acción (la entidad se formula la siguiente pregunta: "de lo que hacemos, ¿qué es lo más importante? y ¿cómo aseguramos que lo estamos haciendo mantiene un nivel de calidad correcto?").

Muchos terapeutas ocupacionales actualmente están formados en parámetros de calidad, evalúan el diseño, la estructura y los resultados mediante indicadores y criterios. Hay que destacar que la evaluación a partir de criterios e indicadores recibe críticas por la reducción del valor del programa a un punto final. Este puntaje final o estándar reduce la complejidad de una intervención a un solo dato. Y también, porque si no se alcanza el estándar fijado, no se puede emitir un juicio positivo sobre la intervención, aunque el trabajo haya sido encomiable. Esta crítica es una realidad sobre la que tenemos que trabajar. Pero es importante destacar que los resultados en nuestra disciplina van acompañados del pliego de interpretaciones extraídas de los análisis de resultados, para evitar precisamente esas críticas de reducción estadística. Los beneficios de utilizar este sistema en la práctica son patentes, ya que facilitan:

- La delimitación clara de la aportación de la disciplina en una situación, servicio o institución, evitando las expectativas que no corresponden al rol profesional.
- Una evaluación objetiva sobre un período determinado, analizando los factores que provocan problemas en la ocupación, para proponer cambios sobre una base realista.
- La optimización de recursos, esfuerzos e intervenciones.
- La realización de propuestas de futuro sobre los aspectos estructurales (programas, espacios, etc.) o de proceso (registros, evaluaciones, etc.).
- Aumento y consolidación de la confianza personal de los terapeutas ocupacionales, por la objetividad de los resultados.
- Detección de errores o resultados no esperados del proceso de organización e intervención.
- Mejora de la calidad del servicio y crecimiento profesional, ayudando a las personas con enfermedad mental de una manera más realista sobre las posibilidades de la intervención.

9.5.2. Cómo evaluar con indicadores en terapia ocupacional

La evaluación con indicadores requiere la identificación de los aspectos más relevantes que se han de tratar desde la disciplina. Estos requisitos se consiguen con el análisis de la población, identificando las necesidades ocupacionales en actividades de la vida diaria, el desempeño, o no, comunitario, la necesidad de modificación ambiental, etc. Después se diseñan los indicadores. Conjuntamente con el diseño se establece el nivel de cumplimiento del estándar que pretendemos conseguir y se desarrolla el proceso de actuación. Finalmente, se analizan los datos, se calculan con los indicadores y se comparan con los estándares, observando si se ha conseguido el propósito planteado al inicio. Si se ha conseguido, se define como situación aceptable, y, si es factible, se aumenta el porcentaje del estándar (del 60 al 80% por ejemplo); si no, se proponen nuevos indicadores. Por contra, si no se ha conseguido cumplir con los indicadores, hay que preguntarse si es solucionable el problema o si existe otra alternativa para conseguirlo. En el caso de que no se pueda aumentar el resultado, hay que valorar cómo afecta a los beneficiarios y al rendimiento de la acción ocupacional. En el supuesto de que sea solucionable, se buscan las causas, identificando y poniendo en marcha las medidas correctoras, valorando el resultado en un período concreto. Las partes que engloban un indicador son las siguientes:

1. *Dimensión o criterio:* Característica de la atención asistencial para que pueda ser considerada de calidad.
2. *Nombre del indicador:* Descripción breve.
3. *Justificación:* Utilidad del indicador. ¿Tiene sentido?, ¿por qué es relevante?
4. *Fórmula:* (Usuarios que presentan un determinado suceso / Usuarios con riesgo) × 100.

5. *Explicación de términos:* Aspectos poco claros en la fórmula que podrían tener interpretaciones diferentes.
6. *Población:* Unidad de estudio. Criterios de exclusión.
7. *Fuente de datos:* Verificación de los datos obtenidos.
8. *Tipo de indicador:* Enfoque de la evaluación (estructura-proceso-resultado).
9. *Obtención de datos:* Sobre quién o qué se obtienen los datos.
10. *Estándar:* Nivel deseado de cumplimiento en la realidad.
11. *Comentarios:* Validez, sensibilidad, especificidad.

9.6. Cómo evaluar programas a través de indicadores: ejemplo práctico

En los cuadros 9.3 y 9.4 se presentan ejemplos de evaluación con indicadores.

Cuadro 9.3. Evaluación de la efectividad del programa de terapia ocupacional en una unidad de media estancia hospitalaria

Criterio: Identificar los beneficios del programa de terapia ocupacional (TO) en la población atendida. Diseño de un indicador para la *evaluación de resultados* en una unidad concreta:

Nombre indicador del	*Valoración del perfil ocupacional de la población*
Justificación	El programa de TO mejorará el desempeño ocupacional de los usuarios ingresados en la unidad de media estancia, con la finalidad de facilitar los procesos de inclusión en la comunidad.
Fórmula	(N.° de personas que mejoran en algún área del perfil ocupacional a los seis meses / N.° de personas ingresadas en la unidad de media estancia) × 100
Explicación de términos	Entendemos por áreas las diferentes subpuntuaciones del inventario del perfil ocupacional (identidad ocupacional, proyecto de vida, desempeño ocupacional, hábitos y roles, habilidades de desempeño y ambientes de participación).
Población	Todas las personas ingresadas en la unidad de media estancia en un período mínimo de seis meses. Exclusión: usuarios que por algún proceso

	intercurrente no puedan participar en el programa. Exclusión: enfermedades infecciosas, descompensación psicótica, etc.
Fuentes de datos	Historia clínica y documentación del centro
Tipo de indicador	Resultado
Obtención de datos	Personas ingresadas
Estándar	90%

Cuadro 9.4. Evaluación de la calidad del proceso de terapia ocupacional en una unidad de media estancia hospitalaria

Criterio: Los usuarios deben tener registro escrito la evaluación ocupacional en la historia clínica. Diseño de un indicador para *evaluar el proceso* de terapia ocupacional:

Nombre indicador del	*Registro del resultado de la evaluación ocupacional*
Justificación	La evaluación ocupacional es una de las evaluaciones fundamentales en las unidades de media estancia para diseñar procesos de rehabilitación e inserción; por tanto, debe estar escrita en la historia clínica de cada usuario, como información relevante del proceso.
Fórmula	(N.° de usuarios con evaluación ocupacional / N.° de usuarios ingresados en la unidad de media estancia) × 100
Explicación de términos	Se consideran áreas relevantes de la evaluación ocupacional: Historia ocupacional, el proyecto de vida, la identidad ocupacional, la competencia ocupacional y los ambientes de participación ocupacional.
Población	Todos los usuarios ingresados en la unidad durante al menos un mes. Exclusión: usuarios que estén ingresados menos de un mes.
Fuentes de datos	Historia clínica y documentación del centro
Tipo de indicador	Proceso

Obtención de datos	Personas ingresadas
Estándar	100%

En conclusión, es fundamental establecer un sistema para evaluar los programas de intervención ocupacional. Lo expuesto en este apartado final es una muestra de uno de los sistemas utilizados actualmente.

PARTE III

LA INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS PROCESOS INDIVIDUALES

10

El proceso de intervención individual con la persona y el entorno

Situación práctica:

El Sr. Francisco está diagnosticado de esquizofrenia desorganizada crónica. Tiene cinco antecedentes en este centro (1999, marzo del 2010, junio del 2010, diciembre del 2010 y septiembre del 2012) por descompensaciones psicóticas graves (desorganización conductual, trastornos formales del pensamiento, delirios e inestabilidad emocional intensa) en contexto de consumo de alcohol o tóxicos. Desde el inicio del seguimiento realizado por el centro de salud mental de adultos (atención primaria especializada) se objetivan síntomas psicóticos severos con repercusión conductual importante. Estos, además, se ven agravados por el consumo de cannabis y alcohol, por lo que fueron necesarios varios ingresos y cambios de tratamiento hasta su estabilización. En 2010, tras ingreso hospitalario en unidad de corta estancia, es derivado a hospital de día, donde no se vinculó. Ha recibido múltiples tratamientos neurolépticos (entre ellos Clozapina) con escasa adherencia y abandono por efectos secundarios. En situaciones de estrés presenta elevada fragilidad yoica que desencadena un aumento de ansiedad, desorganización del pensamiento y de las emociones con posible repercusión en sus conductas. Ha presentado síntomas afectivos destacados en contexto de descompensaciones psicóticas, por lo que se instauró durante un tiempo estabilizador del ánimo (Valproato), que finalmente se retiró por escasa adherencia. El tratamiento actual es con Zyprexa 10 mg 1-1-1.

Hace un año inició seguimiento en un servicio de rehabilitación psicosocial, pero fue dado de alta tras dejar de acudir por discrepancias con la madre, quien interpretaba que podía "descontrolarse" en el camino al servicio. Se abordó el tema pero no fue posible reconducirlo y fue dado de alta por considerar que la situación empeoraba la sintomatología de la persona (que sí quería acudir). En la actualidad tiene una condena judicial con medida penal alternativa, se ha trabajado su derivación obligatoria a la unidad de rehabilitación hospitalaria, situación aceptada tanto por la madre como por el usuario. Se ha informado a la delegada judicial.

Esta es una situación práctica atendida en terapia ocupacional. El proceso de terapia ocupacional no parte de la nada, por eso se describe inicialmente la delimitación de las etapas del proceso que se va a desarrollar, así como los tiempos necesarios para cada etapa. El trabajo con las necesidades y demandas de la persona en la fase de evaluación es clave para abordar los siguientes pasos relacionados con la planificación de las opciones más adecuadas a cada momento, su negociación con el usuario, la definición de los métodos y la selección de las actividades más congruentes con los objetivos del plan de intervención.

Los terapeutas ocupacionales otorgan valor e importancia a cada etapa del proceso. Cada etapa con sus características específicas es parte de una globalidad basada en la continuidad y el dinamismo, sustentadas en el ser humano y en sus relaciones con sus contextos y ambientes. De no llevar a cabo los pasos del proceso, empezando por la recogida y análisis de la información en la etapa de evaluación, es probable el desarrollo de un proceso incompleto y carente de organización, sin un hilo conductor. El proceso en su globalidad quedará desvirtuado y sesgado. De ahí nace la importancia de que el terapeuta disponga de un conjunto de competencias requeridas para definir el proceso de intervención individual en su puesto de trabajo. Para determinar el proceso y tomar decisiones al respecto se deben plantear preguntas que orientarán la forma y contenidos de la intervención: ¿con quién?, ¿por qué?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde?

Los terapeutas ocupacionales conocen las fases del proceso de intervención, pero es importante describir el proceso de manera sistemática, sintética y práctica. La descripción escrita se conoce como *flujograma, diagramas de trabajo o diagramas de flujo*. Estos diagramas de flujo permiten visualizar el proceso de intervención en las organizaciones y ayudan a evitar conflictos de coordinación entre los profesionales.

10.1. El proceso de intervención individual centrado en la práctica

Un proceso es una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr resultados específicos y que tiene un principio y un final. Es la descripción estratégica de los pasos que se desarrollan con una persona y las acciones que se aplicarán en el transcurso de su proceso en el servicio (programas, protocolos, etc.) y los soportes necesarios para llevarlo a cabo (profesionales, documentos, espacios físicos, etc.). El esquema de un proceso de trabajo es una imagen que muestra el modo en que los terapeutas ocupacionales desempeñan sus competencias en un lugar de trabajo concreto.

La definición de los procesos, con inclusión de la aportación ocupacional, comenzó a desarrollarse con la incorporación de la calidad asistencial en los servicios. Inicialmente desde una perspectiva global de los equipos para dar orden a la organización de los profesionales y a los métodos para evaluar e intervenir. Posteriormente, se ha aplicado a cada disciplina en los diferentes servicios como herramienta rápida para visualizar el proceso y los elementos implícitos del mismo.

Los *flujogramas o diagramas de flujo* son la representación visual de los pasos en

un proceso; se utilizan para plasmar las redundancias, la repetición del trabajo o los cuellos de botella provocados por las intervenciones de los diversos profesionales. Estos diagramas se diseñan a varios niveles, desde la perspectiva más global del proceso hasta las intervenciones más analíticas de cada acción. De forma breve, el primer nivel corresponde a la visualización de la globalidad del proceso que un equipo o profesional realiza sobre la persona y su familia. En la figura 10.1 se presenta el ejemplo de un diagrama, elaborado por el equipo interdisciplinar de una institución, para diversos servicios orientados a la rehabilitación psicosocial en un ámbito sanitario.

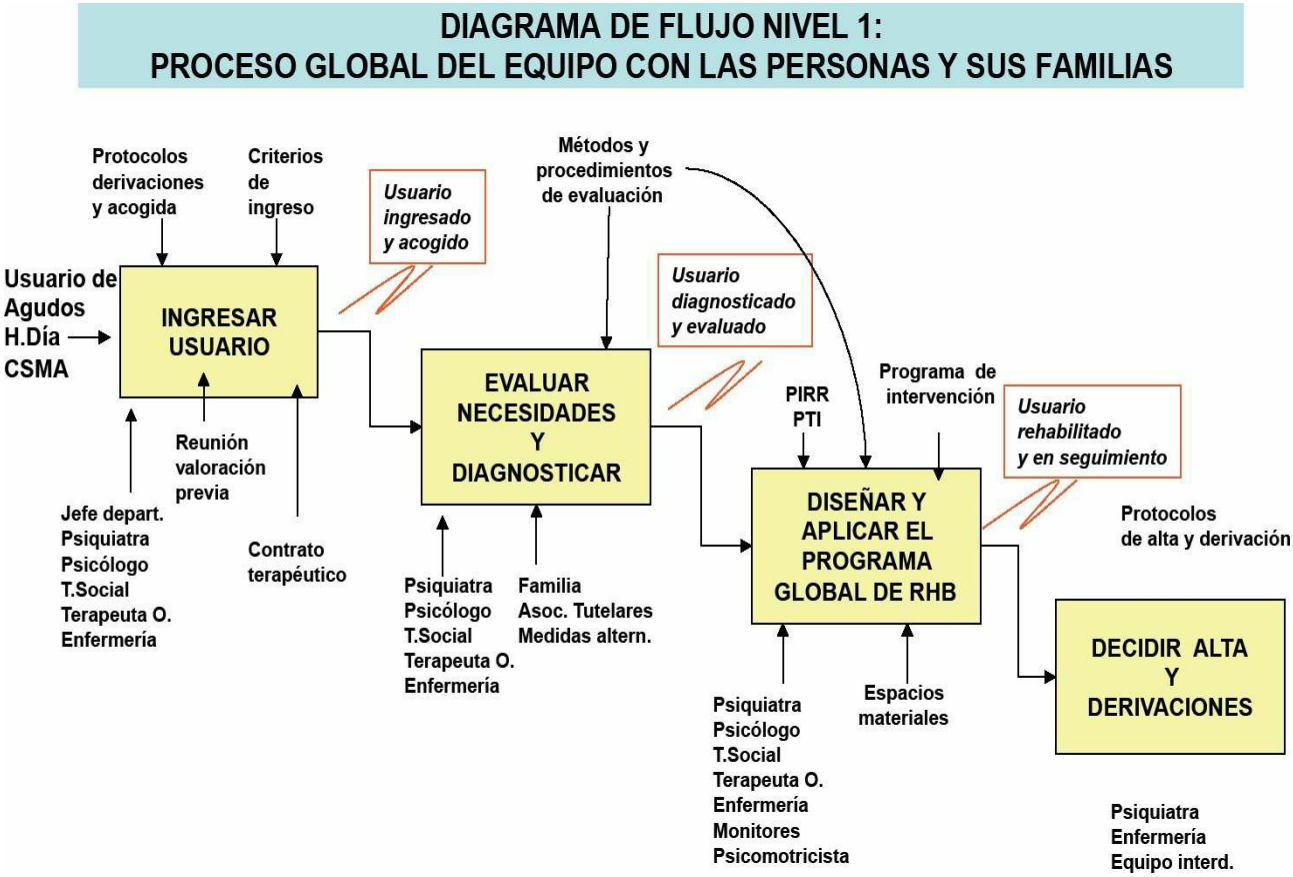


Figura 10.1. Diagrama del proceso global de un equipo de una institución en diferentes servicios de rehabilitación psicosocial en el ámbito sanitario.

La figura 10.1 ilustra los cuatro pasos clave (también denominados "cajitas") que delimitan la acción aplicada en toda la población atendida. En la parte superior se describen los elementos o documentación que se va a utilizar, y en la inferior los medios, profesionales y/o agentes que van a intervenir en cada acción del proceso. En el ejemplo que se visualiza, el terapeuta está incluido en las tres primeras opciones, lo que significa que evaluará a la persona y estará en la reunión de decisión del ingreso. Existen procesos donde el terapeuta ocupacional no está contemplado en esta primera opción, y solo

desarrolla la acción de "aplicar programa". Los flujogramas se diseñan desde los equipos, no desde la jerarquía profesional. Por esta razón es importante que el diseño sea guiado por alguien externo a la organización para poder debatir los problemas competenciales.

El segundo nivel del diagrama se elabora sobre cada una de las cajitas o procesos clave. En la figura 10.2 se ilustra un ejemplo de esta acción. Significa que en el "ingreso del usuario" se determina quién actúa, cuándo, dónde va la información, qué hace cada profesional, etc. Es el diseño de las denominadas "piscinas profesionales".

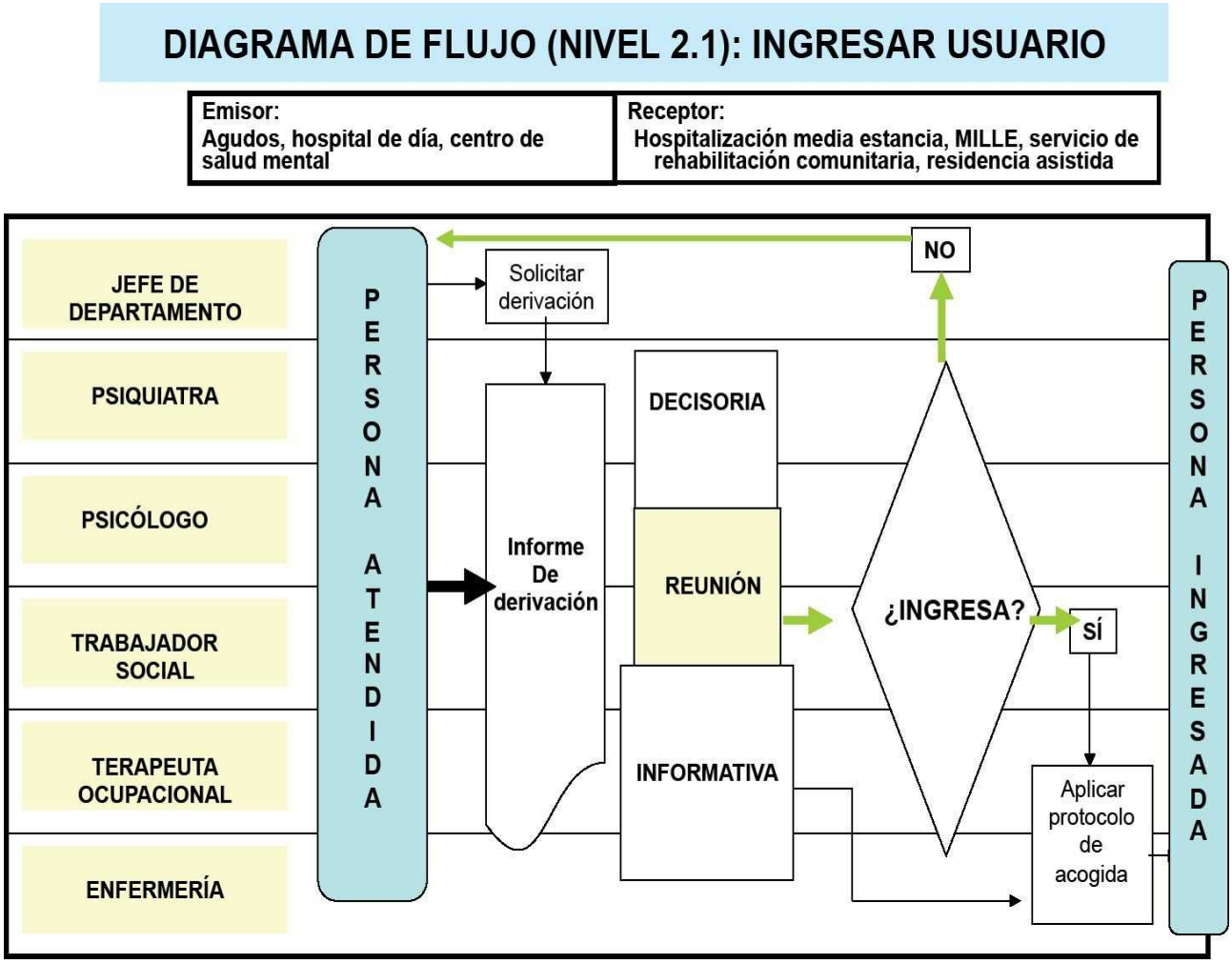


Figura 10.2. Diagrama de segundo nivel. Acciones ordenadas en la acción del ingreso de una persona.

Si seguimos con el ejemplo de la figura 10.2 (hay que destacar que en cada situación profesional los diagramas son diferentes), se observa que el profesional responsable de recibir la solicitud de derivación es el jefe de departamento. Todos los profesionales están en la reunión decisoria y el profesional encargado de informar si ingresa o no es el trabajador social. Los profesionales de enfermería y terapia ocupacional son los responsables de aplicar el protocolo de acogida. Este es solo un ejemplo de la elaboración

de los procesos individuales. En esta descripción no se determinan las herramientas que se van a utilizar en todos los casos, ni todas las estrategias, solamente es la descripción y organización de las acciones. Las escalas que se emplean o las estrategias que se definen se realizan sobre el principio de individualización.

Sobre la organización global del proceso de equipo, los profesionales deben diseñar sus procesos específicos de su disciplina. Centrándonos en el proceso de los terapeutas ocupacionales, se describen en el cuadro 10.1 los elementos clave de un proceso de terapia ocupacional elaborado para un dispositivo de rehabilitación e integración en la comunidad. De forma sintetizada, se describen los cuatro pasos clave del proceso: evaluación, planificación, aplicación de programas-estrategias y revaluación. Es importante destacar la necesidad de informatizar el proceso en la base de datos de las organizaciones por las cuestiones legales relacionadas con la confidencialidad de datos. Por este motivo, incluimos algunas de las variables que están relacionadas con cada una de las acciones clave. Si hay posibilidad de informatizar el proceso, el terapeuta ocupacional debe llevar a cabo una labor de síntesis.

10.2. La individualidad de la persona frente al proceso de intervención

El proceso de individualización corresponde a la adecuación del hacer del terapeuta ocupacional con las necesidades y posibilidades de cada persona y/o situación. No hay un proceso igual a otro; a pesar de las similitudes, se precisa de un razonamiento para cada situación. Aunque en la atención asistencial se insista en la estructuración y empleo de guías estandarizadas, protocolos u otros instrumentos predeterminados de actuación (como puede ser el proceso de intervención general), el proceso individual de intervención en terapia ocupacional no es estandarizable ni protocolizable, y requiere de un análisis individualizado de cada caso o situación. Ejemplos claros de este hecho son las dos situaciones que se muestran a continuación, en las que se describe un fragmento de sus historias clínicas.

Cuadro 10.1. Ejemplo de las acciones clave de un proceso de intervención individual elaborado por terapeutas ocupacionales

Acciones clave	*Qué engloba*	*Dónde se realiza*	*Cuándo se realiza*	*Resultados de la acción*
Evaluación	Métodos y procedimientos	– Despacho – Actividades – Múltiples contextos	Al inicio del proceso (el tiempo depende del servicio y de la situación de la persona)	Perfil ocupacional
Planificación	Etapas del proceso de rehabilitación, integración o inclusión	Espacios de negociación: – Individual – Grupal – Contexto de atención – Comunidad	– Fase de vinculación – Según temporalidad acordada – Por cambios de situación	– Agenda del usuario – Compromisos y acuerdos – Temporalidad de revisión – Hoja de intervención ocupacional en Historia clínica o similares.
Aplicación de programas y estrategias	– Enfoques teóricos – Tipos de programas – Consideraciones específicas	– Entorno personal – Entorno de atención – Domicilio – Múltiples contextos	– Descripción de los programas y actividades con diferentes dinamismos – Temporalidad definida en la agenda del usuario	– Pliego de consideraciones específicas de la intervención – Adaptaciones o grado de apoyo (si lo precisa) – Tipología de contextos
Evaluación de resultados	Utilizar los métodos y procedimientos para comparar la situación basal con la posterior a la intervención	– Despacho – Actividades – Múltiples contextos	Al inicio – Seguimiento del proceso Al alta – Se realiza con la revisión de los PIRR, PTI, etc. – Según temporalidad determinada entre el terapeuta y la persona	Consecución de objetivos Cambios en las dimensiones ocupacionales de la persona y su entorno

Primera situación práctica

Mujer de 44 años con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I moderado de tipo mixto (296.62) iniciado hace más de 12 años con aceptable estabilidad clínica en los últimos años con el tratamiento actual. La usuaria presenta estabilidad clínica e identifica múltiples estresores ambientales relacionados con su hijo menor (policonsumo de tóxicos, agresiones verbales en el domicilio…). Muy buena estabilidad clínica con el tratamiento actual sin descompensaciones afectivas endógenas ni psicóticas.

El curso de la persona va en función de la evolución de su hijo pequeño (tóxicos). Ahora vive en su casa (piso de alquiler del Ayuntamiento) con sus dos hijos de 20 y 23 años; ninguno de los dos trabaja, aunque el mayor busca trabajo y ayuda en casa. El pequeño tiene antecedentes de conductas sociales ilegales, le han concedido un grado de disminución del 76% en la categoría de discapacidad psíquica. Los problemas de este hijo son su gran estresor. Es la octava de nueve hermanos, de los cuales cuatro han fallecido, así como su padre y madre. Separada de hecho hace siete años, el exmarido es consumidor de tóxicos y vive en la calle.

Segunda situación práctica

Hombre de 28 años de edad diagnosticado de trastorno bipolar tipo I. El primer seguimiento psicológico tiene lugar al cursar tercero de la ESO por presentar un probable episodio subdepresivo con importante clínica de ansiedad, a raíz de problemas con los compañeros de la escuela, le costaba entablar amistades. Posteriormente, y durante un mes, fue ingresado en una unidad de agudos para tratar sintomatología de características maniformes con ideas megalomaníacas y de prejuicio que evolucionaron a clínica depresiva. Se le diagnostica de trastorno bipolar.

Después del ingreso, realizó seguimiento durante dos meses en un hospital de día por presentar dificultades organizativas, aumento de irritabilidad y clínica subdepresiva. A partir de activación conductual hubo una mejora clínica subdepresiva, sin presentar otros episodios hipomaníacos o maníacos francos. Hasta la fecha, se efectúa seguimiento en el centro de salud mental con psiquiatría y psicología. Con relación al estado actual, en los últimos meses ha presentado tendencia al aislamiento y apatía que no ha mejorado. No se ha observado clínica maniforme ni depresiva franca. No obstante, sí se destacan en el usuario dificultades en la toma de decisiones, inseguridad, falta de motivación y dificultades para movilizar un plan o proyecto de vida. El usuario vive con sus padres. El hermano de 23 años se ha independizado y reside actualmente en Andalucía.

Dos situaciones con un mismo diagnóstico, similitudes en sus problemas psicopatológicos y con grandes diferencias respecto a su vida y sus ocupaciones. Los terapeutas ocupacionales remarcamos la necesaria individualidad ocupacional: distintos problemas, distintas situaciones, diferentes propuestas de intervención. Este aspecto de individualidad permite, a los usuarios y al terapeuta, identificar las necesidades personales y contextuales, así como orientar y temporalizar el proceso, con la finalidad de ayudar a los individuos a vivir de forma satisfactoria.

El sentido y dirección que tenga el proyecto de vida individual es una orientación que se debe atender a través del proceso de intervención en todas y cada una de las personas. Favoreciendo y apoyando no solamente el desarrollo en aquellos casos en los que se identifique, sino también actuando con aquellas personas que desconocen, por diversos factores (cronicidad, dependencia, etc.) cuál es su proyecto o propuesta de vida. En estas situaciones es importante delimitar y ayudar a los individuos a confeccionar su dinámica de vida, a encontrar sentido en aquellas ocupaciones o actividades significativas e importantes, bien sean de su pasado ocupacional o descubiertas en el presente.

La intervención ocupacional es concebida desde la normalización, integración, desarrollo de una vida digna, satisfactoria y basada en las posibilidades de cada persona y de su contexto, intentando adquirir y desempeñar un funcionamiento ocupacional en congruencia con su proyecto vital. En ocasiones, este proceso se ve alterado por múltiples factores y la "incongruencia" entre lo que desea la persona y la realidad del contexto provoca situaciones de desvinculación con los procesos de atención. Dichas situaciones y sus consecuencias pueden derivar en la imposibilidad de retomar la misma vida previa al ingreso o recaída. Estos aspectos son solo ejemplos de las múltiples situaciones que se deben analizar continuamente a través del proceso de individualización. Algunas de las consideraciones que debemos tener en cuenta para este proceso son los factores de la enfermedad (diagnóstico, sintomatología, situación social, incapacidad, etc.), el proyecto/propuesta de vida y expectativas, las posibilidades contextuales, el "ambiente presente y futuro" y las etapas o proceso de la persona.

Por último, hay que señalar que el factor tiempo es otro aspecto que no se puede definir de forma estandarizada en el proceso de individualización, ya que la intervención ocupacional en salud mental no es concebible por sesiones predeterminadas.

10.3. La relación terapéutica como eje esencial del proceso individual

Los profesionales debemos poseer, desarrollar y mantener la capacidad para establecer una relación terapéutica (Mosey, 1981), lo que implica la puesta en práctica de un conjunto de habilidades y conocimientos siempre en beneficio de la persona. La relación comienza cuando la persona nos permite iniciarla. La relación entre el profesional y la persona no nace de la nada, se desarrolla progresivamente y la intensidad de la misma varía según momentos, situaciones y personas que la establecen, de ahí la importancia de identificar el mejor momento para llevarla a cabo. Debemos ser conscientes de que el trato del profesional condiciona el bienestar de la persona, lo que en el caso de relaciones

inefectivas puede llegar a traducirse en desconfianza o sobreprotección. Debemos evitar las relaciones basadas en el traspaso unidireccional (de profesional a usuario) de la información, aquellas que busquen dar sentido a la propia existencia profesional; y, por el contrario, debemos potenciar las que promocionan el bien común y desafían a las dos partes a explorar y examinar las dificultades en la salud ocupacional del usuario (Padilla, 2002).

No es una tarea sencilla, ya que requiere habilidades para identificar el canal y el momento para establecer la relación entre el terapeuta ocupacional y la persona. Algunas recomendaciones sobre la relación terapéutica en la práctica profesional son:

- *El posicionamiento del rol profesional debe estar basado en la persona y su momento.* Si no conocemos nuestro papel profesional, no conoceremos nuestro papel en la relación terapéutica. No podemos presentarnos de inicio como amigos o confidentes, aunque sea la manera de ser de cada uno, si con ello promovemos el perjuicio en contra del beneficio. La relación cambiará, y nosotros deberemos saber adaptarnos a favor de lo que la otra persona necesite. La ambigüedad puede llegar a enloquecer. La transparencia y la honestidad con el "otro" deben ser las bases sobre las que sustentar la relación que se inicia.
- *La escucha activa, evitando las interrupciones y los juicios de valor.* El terapeuta ocupacional no debe basarse en comparaciones con experiencias pasadas ni con hipótesis futuras, hay que recordar que la relación está contextualizada en factores individuales, y que esta variará.
- *La comunicación e interacción*. El contacto ocular, gestualidad, posición corporal, modulación de la voz, la no invasión e interrupción en el tiempo de respuesta en las entrevistas y en la participación en los diferentes contextos son algunos de los factores que debemos tener en cuenta.
- *La gestión de la información.* Es otro aspecto primordial en la relación terapéutica y está asociado con la comunicación e interacción. Como promotores de la autonomía, estamos a gestionar de la información de forma correcta, facilitando la posterior toma de decisiones que guiarán el proceso individual. El profesional debe tener presentes dos puntos básicos: la sinceridad y la prudencia. Sobre la base de que la persona y sus contextos son el punto central de la terapia ocupacional, debemos ser conscientes del impacto de la información susceptible de ser facilitada a la persona. No siempre es un buen momento para hablar, comunicar cambios, y tomar decisiones, por eso debemos ser respetuosos con los espacios y tiempos de las personas y adecuar nuestra forma de comunicarnos a cada una de ellas.
- *La ética de nuestra praxis.* La ética, desde el mismo momento en que estamos llamados a trabajar en pro de los "otros". La ética no solo en el desempeño de la praxis, sino en el todo que lo engloba. No deben banalizarse informaciones o acontecimientos por inverosímiles o bizarras que parezcan. Esta ha de ser la

primera piedra angular sobre la que erigir nuestra praxis en respeto a los derechos humanos y en coherencia con ellos.

- *La tolerancia.* Especialmente hacia aquellas personas más resistentes al tratamiento y que presentan mayores dificultades para iniciar procesos de atención. Los terapeutas ocupacionales nos debemos a las personas y debemos respetar su ritmo y amoldarnos a su forma, aunque esta pueda generar en el profesional cierto estrés o rechazo. La relación terapéutica debe basarse en la objetividad profesional, lo que implica el no formar juicios de valor ni establecer ideas predeterminadas basadas en aspectos personales.
- *La empatía.* Respecto a la objetividad nombrada anteriormente debe nacer esta habilidad. Si no somos objetivos y no estamos dispuestos a escuchar y a aceptar la diversidad de realidades y de historias existentes en cada una de las personas, jamás las podremos comprender, y mucho menos ponernos en su lugar, aun sin haber pasado por lo mismo.
- *El conocimiento de uno mismo.* Cuanto mayor nivel de conocimiento disponemos sobre nosotros mismos, mayor capacidad de comprender, atender y entender al "otro". El conocimiento propio permite regular de manera saludable aquello que el "otro" en todo momento nos genera.

Cada situación, persona y entorno requiere una adaptación de la relación terapéutica. Quizás sea este uno de los puntos de mayor complejidad del proceso en sí: enlazar las diferentes variables personales, profesionales y contextuales para ponerlas en práctica.

10.4. Habilidades que necesita el terapeuta en los procesos individuales

Las habilidades que el terapeuta ocupacional necesita para cada situación práctica no se pueden concebir de forma genérica, como tampoco es viable pensar que al leerlas se identifican y ya se aplican fácilmente. La práctica es un escenario complejo, lleno de situaciones de difícil manejo que requiere una exigencia continua. Atendamos a la siguiente situación para valorar de forma más sensible este hecho.

> Mujer de 46 años diagnosticada de esquizofrenia paranoide (295.30) en tratamiento con Clozapina, iniciado el 22 de mayo de 2012, y Rivotril 0,5 (de rescate). Buen cumplimiento del tratamiento farmacológico. Presenta alucinaciones auditivas intensas y la ideación suicida es muy elevada, pero explica que no va a hacer nada porque no quiere que su madre se ponga triste. Dice que no necesita ni psicólogo ni psiquiatra, que lo que le pasa es que su padre es muy machista y no entiende su enfermedad, expresando que no se cree la enfermedad que tiene, que lo que le pasa es que tiene cuento, que es una vaga. Vive con sus padres. La medicación se la da su madre, ya que la tiene bajo llave. Según ella, su padre deja las pastillas a la vista para provocarla y ponerla a prueba. No pide ayuda por miedo a un posible ingreso, pero la ideación suicida está siempre presente. Las voces le dicen "que se mate", "que

se tire al metro", "que se tome todas las pastillas"… todas las ideas están relacionadas con el mismo fin. También remarca que cuando las voces están presentes, no es capaz de prestar atención a otra cosa. Tiene miedo a que sus padres falten, y tiene claro que cuando ellos no estén, ella se quitará de en medio. Tiene problemas respiratorios que se agravan con el tabaco, fuma mucho. Tiene sobrepeso. Su madre es dependiente por las actividades cotidianas (aseo, vestirse…). La usuaria es la cuidadora principal. El padre se encarga de las pequeñas compras (productos frescos, por ejemplo). Su hermana va al domicilio a partir de las 19 h para hacer las comidas del día siguiente. Los fines de semana la paciente recibe soporte de los hermanos. Es una persona agradable, tiene tendencia a aislarse y evita la interacción social fuera de la familia.

Trabajar con los riesgos, como puede ser el suicido o la descompensación de las personas si aumentamos la exigencia y generamos estrés en el proceso de intervención, son ejemplos de aspectos cotidianos que deben ser cuidadosamente tenidos en cuenta. La necesidad de poseer y saber utilizar las habilidades correctamente y en el momento oportuno es un requisito del ámbito para todos los profesionales. Un adecuado proceso de intervención implica para el terapeuta ocupacional adquirir y mejorar un amplio espectro de habilidades que faciliten el razonamiento clínico con la situación de cada persona. Siguiendo en la línea marcada por Maurer, Barris, Bonder y Gillette (1984) hace ya algunas décadas, se exponen algunas habilidades profesionales complementarias que deben permitir mejorar la comprensión y práctica del proceso de intervención por parte del terapeuta ocupacional. Todas estas habilidades permiten guiar el razonamiento clínico en la práctica:

• *Habilidad para la observación*

Una de las formas más extendidas para recabar información y utilizarla a lo largo de todo el proceso de intervención es a través de la observación del desempeño y participación de la persona en los ambientes. El terapeuta debe ser capaz de ver más allá de lo que perciben sus ojos y debe saber interpretar el porqué de cada acción y comportamiento, el valor y el significado personal; debe analizar los motivos que conducen a las personas a actuar de determinada manera y con qué finalidad; y debe identificar los limitadores y facilitadores contextuales del desempeño. Cualquier situación del día a día es susceptible de ser observada y nos puede aportar información útil para el proceso y, consecuentemente, beneficiosa para el individuo. Saber "leer" a la persona, a través de sus palabras, su gestualidad y sus silencios, es un aspecto primordial para el terapeuta ocupacional. Cada persona expresa sus necesidades y sus emociones de formas muy diversas, captarlas debe ser una habilidad fundamental del terapeuta ocupacional.

• *Habilidad para la toma de decisiones*

En muchos trabajos de los diferentes sectores laborales, los profesionales deben tomar decisiones; en otros, las decisiones las toman terceras personas para que otros las ejecuten. La intervención en sí ya supone que los profesionales decidamos cuál es la mejor forma de llevarla a cabo: en espacios abiertos o cerrados, en un momento u otro del día, en contextos grupales o de manera individual, evaluando mediante una entrevista o a través de la observación, aplicando un instrumento de medida o descartándolo… Si llevamos a cabo procesos individuales es precisamente para tomar las mejores decisiones.

Hay contextos laborales donde el proceso de intervención individual está rígidamente estructurado y donde el terapeuta ocupacional solo debe ejecutarlo, relegando la toma de decisiones a un último plano del proceso. Aun así, hay posibilidad de decidir, decidir si se quiere continuar haciendo algo con lo que no se está de acuerdo (o al menos en parte), o decidir lo que se quiere cambiar del proceso.

• *Habilidad de organización*

Los terapeutas ocupacionales debemos contar siempre con una línea de trabajo organizada sobre el análisis de la realidad que tenemos que saber modificar y amoldar según las necesidades y demandas individuales de las personas. El razonamiento nos permite poner orden en nuestras acciones y en los pasos que vamos a dar, no podemos pretender que una persona participe en un grupo de "entrenamiento en habilidades de interacción" (por ejemplo) la primera hora de su primer día en el servicio sin haber hablado antes con ella, sin saber qué necesita, qué quiere, qué le podemos ofrecer y qué apoyos requiere.

A medida que vamos conociendo más a la persona y vamos avanzando en el proceso global, seguramente deberemos rediseñar nuestra idea inicial ya que no todo lo que sucede está contemplado, y existen espontaneidades con las que no contábamos e imprevistos que nos trastocan nuestra ruta. Pero, en cualquier caso, el terapeuta ocupacional debe saber reorganizarse ante las nuevas circunstancias para conseguir el objetivo deseado; de ahí que se considere el proceso individual como dinámico y continuo.

• *Habilidad para la relación terapéutica*

Más allá de las diferencias conceptuales entre relación de ayuda, de colaboración o de apoyo, la base de este punto es la relación que se establece entre el terapeuta ocupacional y la persona. Cómo se ha expuesto en el punto 10.3., dicha relación debe ser concebida como eje fundamental en la totalidad del proceso y debe visualizarse como un aspecto central del desarrollo profesional.

10.5. Consideraciones específicas del proceso de intervención

Es en los últimos años, cuando la sistematización necesaria del proceso de intervención

está adquiriendo cierto grado de organización, y existe literatura que justifica dicha sistematización. Dentro de este apartado se describen consideraciones específicas del proceso de intervención individual, como son la selección de la perspectiva que guiará el proceso y los elementos para adecuar la intervención a las personas.

10.5.1. La selección de la perspectiva de la evaluación e intervención individual

No existen fórmulas que determinen los métodos más convenientes para aplicar antes o después, pero sí que existen recomendaciones elaboradas por organizaciones profesionales de terapeutas ocupacionales y autores, de manera colectiva o individual, que sugieren un conjunto de acciones para ello y que otorgan organización al proceso secuenciándolo por etapas. Es el caso de los enfoques de "arriba abajo", "abajo arriba" y "ambiente primero" (Trombly, 1993).

El enfoque de intervención de "arriba hacia abajo" prioriza la evaluación e intervención de aquellos roles y actividades identificados como significativos por la persona, y, en segundo lugar, la de las habilidades que permiten o limitan su realización (Law, 1993). Este enfoque otorga un valor especial al desempeño ocupacional por encima de las habilidades necesarias para su puesta en práctica. Refleja la realidad de la atención clínica, permitiendo al terapeuta seleccionar los métodos de evaluación e intervención según la necesidad médica, los objetivos del usuario y las exigencias del contexto laboral (Weinstock-Zlotnick e Hinojosa, 2004; Gutman, Mortera, Hinojosa y Kramer, 2007). Este enfoque sustenta la propuesta del proceso de intervención descrita en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional - dominio y proceso (Asociación Americana de Terapia Ocupacional [AOTA], 2008).

El segundo enfoque, de "abajo hacia arriba", está organizado de manera inversa al de "arriba hacia abajo". Guía la evaluación y el tratamiento priorizando los componentes que limitan el funcionamiento y el desempeño ocupacional. Es frecuente encontrar la aplicación de este enfoque en situaciones de enfermedad aguda donde el criterio médico es el predominante. A diferencia del enfoque de "arriba hacia abajo", los factores contextuales tienen una relevancia muy limitada.

Por último, el enfoque de "ambiente primero" identifica los factores del entorno y de los contextos que rodean e impactan en el funcionamiento de la persona y en su salud, antes que las características individuales.

En cualquier caso, no parece existir un consenso generalizado y aceptado sobre qué enfoque aporta mejores resultados, ya que los tres cuentan con ventajas y desventajas. El terapeuta ocupacional debe adaptar el proceso de intervención a las características de cada persona y situación y preguntarse por dónde empezarlo en función de cada caso. Todo proceso ha de regirse por el principio de individualización.

En paralelo a estos enfoques, existen modelos que recomiendan diferentes perspectivas para guiar el proceso de intervención. Los modelos teóricos propios de la

profesión presentan elementos de organización del proceso y definen el orden para la acción. Por ello, el terapeuta ocupacional tiene la responsabilidad de conocer las premisas teóricas de los modelos, los métodos y procedimientos específicos, etc. Debemos comprender los diferentes significados de los modelos y enfoques teóricos, su metodología de desarrollo y su aplicabilidad. Los modelos de terapia ocupacional conceptualizan dimensiones de la persona, contexto y ocupación. Cada uno de ellos formula una serie de postulados, los cuales están basados en creencias y conocimientos que han posibilitado su desarrollo, y se traducen en estrategias y acciones concretas que justifican y argumentan el propósito de la terapia ocupacional como disciplina y la práctica de los terapeutas ocupacionales. Es evidente que el fuerte componente cultural sobre el que han sido desarrollados exige una necesaria reflexión por parte de cada uno de los terapeutas ocupacionales para valorar su utilidad en cada persona o grupo de personas, y en cada escenario de práctica profesional. El hecho de asumir la perspectiva y naturaleza desde la que se visualizan los conceptos en ellos descritos puede llegar a condicionar la perspectiva profesional del caso basada en los principios y bases de los mismos, lo que conlleva que cada enfoque y modelo teórico deba ser adaptado y utilizado de acuerdo a la persona.

Nunca debemos olvidar que la rica y variada naturaleza del ser humano obliga a incorporar cierta estructura al proceso, y más allá de las recomendaciones de por dónde empezar, este estará parcialmente delimitado por la elección del enfoque que cada profesional decida escoger de acuerdo al caso y a su escenario de trabajo.

10.5.2. Elementos para adecuar el proceso de intervención

El proceso se debe adecuar a las personas, a los entornos y a los contextos. Por ello, es necesario intervenir priorizando los siguientes aspectos:

A) Identificar los factores facilitadores e inhibidores de la intervención individual

En la práctica diaria existen factores que facilitan y proporcionan elementos para llevar a cabo los procesos individuales en los diferentes entornos y/o contextos. Por ejemplo, equipos con flexibilidad y creatividad en las propuestas, medios económicos, humanos y materiales para el desarrollo de las intervenciones, etc. Por el contrario, existen factores que restringen, e incluso anulan, el proceso de intervención ocupacional. Por ejemplo, escasa experiencia profesional, aplicación de metodologías incongruentes con la situación de la persona, etc. Los factores facilitan o perjudican condicionando el beneficio de la actuación en el proceso de intervención. Las consecuencias irán a favor o en detrimento dependiendo de la identificación y gestión de los mismos.

B) Establecer los criterios para el proceso de intervención individual

Algunos autores recomiendan seguir un orden en el proceso de intervención individual para conocer con mayor profundidad y sentido a la persona, sus entornos y contextos, centrándonos primero en una serie de aspectos y posteriormente en otros. Si bien hay otros autores que apelan al criterio del terapeuta ocupacional como guía del proceso.

Un buen número de autores proponen empezar el proceso de intervención ocupacional a través del *screening* o evaluación inicial rápida (Weinstock-Zlotnick e Hinojosa, 2004), en el cual se realiza una aproximación al caso utilizando la observación en contextos de participación o la entrevista. De esta manera, el terapeuta ocupacional determina la necesidad o no de la intervención. En el caso de respuesta positiva, se debe empezar a planificar la posterior administración de instrumentos específicos de evaluación (Evans, 1985).

La información recogida en esta parte inicial de la evaluación no debe provenir únicamente de fuentes directas, sino que debemos saber utilizar todas aquellas que estén a nuestro alcance (historia clínica, documentos de derivación entre dispositivos o informes de otros profesionales) para elaborar una imagen global de la persona de manera rápida, a la espera de evaluar con mayor detenimiento otras áreas. Resulta una forma ágil de recoger información en aquellos casos en los que no se dispone del tiempo deseado, pues facilita al profesional sacar pequeñas conclusiones que ayuden a conformar más adelante un perfil ocupacional completo. Esta evaluación inicial permite empezar a establecer las bases de la relación terapéutica, así como a negociar futuras líneas de acción.

Sería deseable que en ese imaginario que se inicia con el proceso de evaluación ocupacional fuéramos capaces de desprendernos, en lo posible, de aquellas construcciones simbólicas que se suman a la información recogida de manera objetiva, ya que estas construcciones pueden condicionar el futuro de la relación. Desde aquella o aquel usuario que acude ya enrolado en un sistema institucionalizado, que pone a prueba a los profesionales, los que buscan formas de relación desafiantes o seductoras, los "eruditos", los que muestran su lado carente en los primeros encuentros… tantos y tantos "roles" y "depositaciones asignadas" que condicionan la relación que se inicia. El terapeuta ocupacional debe colocar todo esto que emerge antes del encuentro en un lugar en el que se sabe que está, pero donde no condiciona.

Aunque el *screening* resulta de utilidad para determinar la necesidad de intervención del terapeuta ocupacional, con frecuencia el proceso de intervención está ya "protocolizado" por el contexto de trabajo y puede resultar habitual encontrarse con la obligatoriedad de actuar en todos los usuarios ingresados en el servicio o unidad. Una adecuada evaluación y posterior justificación de los resultados son motivos de peso para argumentar el no beneficio de tratamiento por parte del terapeuta y defender su posicionamiento. Existen entidades con protocolos de evaluación definidos que exigen al terapeuta ocupacional la administración y registro de un conjunto de instrumentos

predeterminados y, además, en un margen de tiempo concreto. Se exige al profesional de terapia ocupacional evaluar unos parámetros particulares del funcionamiento de la persona, a menudo a través de herramientas ajenas a nuestra disciplina, lo que acota la información susceptible de ser recogida e interpretada. El hecho de que se deban administrar unas herramientas concretas porque así lo exige el sistema de trabajo no exime al profesional de su deber de administrar otras herramientas que complementen el proceso de evaluación según considere adecuado para cada caso, ni del de elaborar una propuesta óptima de intervención.

C) Determinar los contextos, los lugares del proceso y su influencia

Existe la posibilidad de que por falta de oportunidades de desempeño y/o participación, el terapeuta ocupacional no pueda evaluar determinadas áreas. El trabajo en contextos clínicos reduce la observación del desempeño de la persona ante los desafíos de las ocupaciones en la vida comunitaria, lo que obliga al terapeuta a reflexionar sobre la necesidad de ampliar y crear oportunidades y contextos de evaluación y participación. Es necesario crear oportunidades de evaluación y participación en contextos clínicos acordes con los proyectos de vida de las personas que no contemplan su vida fuera de los mismos; o bien, en el caso de los dispositivos asistenciales comunitarios, de las personas usuarias que basan sus rutinas alrededor del mismo. En ambos casos, intentando simular los escenarios de participación y las demandas de las tareas a situaciones reales.

Se deben ampliar los contextos de participación de lo clínico a lo comunitario a fin de evaluar e intervenir sobre el desempeño de la persona en contextos abiertos y/o familiares. Esta línea de actuación puede generar en el profesional cierta inquietud por no contar con el respaldo de las infraestructuras institucionales, lo que conlleva salir de sus espacios de seguridad. Si bien, no debe suponer jamás un impedimento para la participación de los usuarios en otros contextos ni limitar su funcionamiento siempre que con ello mejore su estado de bienestar.

De ahí surge una cuestión relevante: ¿existe un lugar ideal para la intervención?, o, poniendo un ejemplo concreto, ¿existe un lugar ideal para administrar un autocuestionario? La respuesta es no. Lo que sí existe son recomendaciones de los espacios donde la persona se sienta cómoda, con la suficiente intimidad como para dialogar, con la necesaria tranquilidad como para tomarse su tiempo y responder, y espacios donde se sienta con la confianza suficiente para exteriorizar sensaciones y sentimientos. Las relaciones surgen de manera espontánea en espacios abiertos y naturales (no tanto en espacios cerrados y excesivamente profesionalizados), y la información extraída de las conversaciones resulta de mayor fiabilidad y calidad. A menudo, la evaluación se realiza en el despacho del terapeuta únicamente por la seguridad y confianza que da un lugar conocido, en su silla y con la mesa entre ambos. De la misma manera que muchos grupos son reunidos en una sala del dispositivo

sanitario. Las personas no están dispuestas a hablar de sus vidas y contestar preguntas sobre ellas mismas en lugares desconocidos o con personas que no conocen, por ello hay tener en cuenta sus preocupaciones y preferencias de comodidad y confidencialidad para poder empezar a hablar de sus vidas. Nunca debemos descartar posibilidades y siempre debemos pensar dónde nos gustaría a nosotros que nos entrevistaran. Otros profesionales quizá solo tienen la opción de evaluar en su despacho, pero los terapeutas ocupacionales tenemos otras opciones que van más allá, y está en nuestras manos identificar cuál es el mejor lugar para la persona.

Y en ese caso, será el acondicionamiento de ese despacho el que marcará también la diferencia. Los contextos naturales siempre serán potenciadores del conocimiento sobre el *otro* y algo que debemos priorizar. Pero en el caso de que las circunstancias obliguen a permanecer en el despacho, el terapeuta no quedará exento de prestar atención al usuario fuera del mismo. Acondicionar este ambiente será también parte de la tarea para el encuentro con el *otro*. Gestionar el momento y el lugar para intervenir otorga al profesional una potente herramienta para actuar, y a la persona le otorga confianza y seguridad, y, como consecuencia, se produce un fortalecimiento de la relación entre ambas partes.

D) Congruencia entre la persona y el proceso

Una buena gestión del tiempo forma parte de las competencias del terapeuta en la relación de ayuda. Tiempos para "poder pensar" en aquello que podemos y debemos "hacer". De esos tiempos se obtienen buenas estrategias para el propósito que nos marcamos. En numerosas ocasiones ese desequilibrio en la gestión del tiempo, ese discurso relacionado con el "no tengo tiempo para escribir"… tan solo hace mención a la angustia del profesional que le aleja de la verdadera misión que tiene por delante para acercarle cada vez más a una mayor incertidumbre. Esas actuaciones solo servirán para trabajar lo urgente minimizando lo realmente importante; además, estarán priorizadas por factores ajenos al proceso de la persona.

En otras ocasiones es el mismo terapeuta ocupacional el que condiciona el proceso. Muchos son fieles a determinadas corrientes teóricas que establecen un conjunto de herramientas de evaluación o formas de intervención, lo que les aporta comodidad y seguridad y les sirve para justificar su práctica profesional más allá de la necesidad de la persona y del fin del proceso de intervención (Leonardelli, 1992). Por el contrario, otros profesionales basan la práctica en la ausencia de una idea preestablecida que guíe y otorgue estructura al proceso, lo que suele traducirse en una intervención incompleta y sesgada. En cualquiera de los casos, las principales causas de dicha formas de razonamiento y de actuación pueden reducirse a la experiencia profesional y la formación específica relacionada con el proceso de intervención.

Cuando se dispone de certeza interna es cuando existe posibilidad de una integración real sobre el sentido de lo que estoy haciendo y habrá menos riesgo de caer en la

intuición y en la aplicación de parámetros pasados que en algún sitio me pudieron servir, pero que se alejan de este aquí y ahora. Es aquí cuando la certeza interna actúa como raíz para permanecer anclado.

Debemos adecuar, en la medida de lo posible, estos factores al momento de la intervención, lo que nos facilitará, por un lado, el bienestar de la persona, y por el otro, la calidad de la información recogida con la que luego trabajar y retroalimentar el proceso de evaluación. Existen rutinas profesionales en las que las horas de entrevistas están restringidas a una franja determinada del día, franja que lo más probable es que no contemple la disponibilidad y predisposición de la persona a la que se ha de entrevistar.

Pero no solo hablamos de idoneidad temporal a lo largo del día, sino también cuando nos referimos al continuo del proceso de rehabilitación, integración o inclusión. Las personas que llegan a los servicios de salud mental como usuarias necesitan un tiempo para adaptarse, conocer y empezar a sentirse cómodas y con confianza con sí mismas y con su nuevo entorno. Y estos aspectos los debemos tener en cuenta los terapeutas ocupacionales, no podemos pretender que el primer día que llegan al servicio mantengan una entrevista, administren dos escalas autoaplicadas, inicien procesos de exploración y que los resultados nos sean de utilidad mientras dure su estancia en el servicio. Incluso habrá personas que, de manera lógica, rechacen durante los primeros días la invitación a ser entrevistadas y a participar en espacios grupales. Si bien esto suele ser habitual, también lo es que en los servicios deban cumplirse unos plazos de estancia, lo que obliga a precipitar todo el proceso. Algunos establecen reuniones para determinar los objetivos de intervención a las dos semanas o al mes desde la entrada de la persona en el servicio, sin tener en cuenta, y/o asumiendo, el tiempo de cada persona, la cual es una vez más la que debe adaptarse a las exigencias del sistema de trabajo.

Los momentos de intervención deben ser hablados y consensuados entre ambas partes, debemos tener siempre presentes el deseo y la voluntad de la persona, así como que las partes implicadas son conocedoras de dicho factor tan condicionante para la globalidad del proceso. Por tanto es importante priorizar, cuando los parámetros se muestran tan rígidos, qué información es relevante y cuál puede ser recogida con el tiempo. La angustia del profesional no debe ser la hoja de ruta que guíe el proceso de intervención.

10.6. El proceso de intervención individual: ejemplo práctico

Para acabar este capítulo dedicado al proceso de intervención individual, ilustramos una situación práctica desarrollando las etapas de evaluación, planificación e intervención en un centro de rehabilitación psicosocial (CRPS) en Madrid. Algunos datos de interés:

Datos personales	Nombre: Manuel
Datos de salud mental	Fecha de derivación: septiembre de 2012 Fecha de acogida: 13 de noviembre de 2012 Fecha PIR

	(plan individualizado de rehabilitación): 20 de marzo de 2013
Fecha de descripción de evolución en el tratamiento	15 de noviembre de 2014
Objetivos propuestos por el Servicio de Salud Mental (SSM)	Área psicosocial: Aceptación cambio vital con relación al inicio de enfermedad. Pérdidas a nivel familiar, social y laboral. Evaluación funcional

10.6.1. Proceso de evaluación

Se efectúa el proceso de evaluación a través de la entrevista de historia ocupacional, destacando:

A) Datos relevantes

Manuel, 42 años, licenciado en Ingeniería Agrónoma que es derivado al CRPS tras varios meses de seguimiento en el SSM de zona.

Se describe como buen estudiante. De la temporada de los primeros estudios, así como de su experiencia universitaria (nueve años), refiere que fueron épocas agradables, en las que sentía respaldo familiar y social, así como el sentimiento de competencia y responsabilidad que le otorgó el resultado de sus estudios (finaliza con una tesis con resultado de sobresaliente).

Inmediatamente después de acabar su etapa de estudiante, asume en su vida dos nuevos papeles: como trabajador y como pareja. Consigue un puesto de trabajo en el Grupo Eroski, como técnico de calidad (nueve años) y como técnico de riesgos laborales (tres años). Se trata de un puesto itinerante que le exige trasladarse por todo el país, llega a desplazarse hasta a diferentes destinos de la península en una semana. Refiere que le gustaba, se sentía "responsable y con poder".

Alude al rol de pareja como algo muy significativo en su vida, en alusión a todo lo que "tenía". No se explica el abandono por parte de su exmujer y que Manuel vive como una decisión fruto de su "primera crisis". Aunque es capaz de identificar que no cumplía con eficacia las demandas del rol, Manuel se percibía en una actitud de que nada podría cambiar la rutina que tenían establecida. Según refieren sus padres, Carmen (exmujer) manejó durante el tiempo de convivencia un estilo de relación crítico con Manuel, por lo que los problemas con su pareja debieron ser una constante durante sus más de diez años de relación. Durante esta etapa, Manuel empezó a tener comportamientos compulsivos tales como inversiones en pisos en la sierra y la playa.

Manuel se significa en el rol de padre a pesar de que en la actualidad duda de su capacidad de poder cuidar. Lleva a cabo tareas con su hijo (Jesús) concernientes al plano

lúdico (durante el tiempo que le corresponde por convenio). Manuel refiere que con anterioridad se involucraba en todas aquellas de soporte diario (convivió con Jesús hasta los tres años de edad de este. En la actualidad va a cumplir siete).

A los 38 años de edad debuta la enfermedad; se desencadena tras un accidente de tráfico. Es en ese momento cuando Carmen opta por romper con la relación de pareja. En el trabajo permanece durante un año más, perdiéndolo tras una recaída. Se lleva a cabo el despido aprovechando las ausencias de baja laboral. A partir de aquí (2010) Manuel se "refugia" en Alicante, donde su familia tiene residencia. Permanece aislado durante dos años. A principios de 2012 sus padres acuden a la casa; la encuentran en un estado altamente deficitario por acumulación de enseres, siembra de productos y experimentos agrícolas en el baño, suciedad, ausencia de alimentos, etc. En este momento se dictamina su ingreso en el hospital entre los meses de febrero y mayo de 2012. Tras su alta se reincorpora al núcleo familiar en Madrid y empieza a ser atendido en el SSM de referencia, se inicia entonces un período de mayor estabilidad, según relatan los padres. Estos son septuagenarios.

La situación actual de Manuel parte, según dice, de una "buena relación" con sus progenitores. Sin embargo, la influencia de la enfermedad ha incrementado el nivel de angustia e incertidumbre de ambos, que se encuentran fusionados al miedo a una nueva recaída, así como enfrentados a un duelo no resuelto por el "hijo enfermo" tras las expectativas que tenían con él (primogénito con otra hermana menor; depositado como el "predilecto de padres"). Su residencia actual es "ajena" a Manuel, dado que no es aquella que había construido con su familia y ni siquiera es la misma en la que se ha criado. Manuel asume actualmente, por tanto, la estructura y organización de convivencia que dictan sus padres, a la vez que se tiene que relacionar y adaptar a un nuevo escenario comunitario.

El lugar que ahora habita, la casa de los padres, lo significa como lugar de llegada y permanencia, al considerar nada factible un retorno a una vida más autónoma. Se muestra permeable a un regreso al sentimiento de pertenencia y de utilidad y plantea como posible la puesta en práctica de su habilidad en la cocina.

Con relación a Jesús, su hijo, Manuel identifica que la situación actual con este no satisface sus necesidades. Presenta una actitud de indefensión, entiende que las variables ambientales son demasiado potentes como para ser modificadas en su beneficio. Sus padres, especialmente la madre, viven con angustia la relación con su exmujer, Carmen, la cual, según ellos, "maniata" a su nieto, dificultando en gran medida que puedan verle, además de no favorecer la creación de espacios para compartir con su padre cuando le corresponde por sentencia.

Su situación económica también cambia sustancialmente. Se le ha concedido el certificado de discapacidad (65%) y está pendiente el trámite de incapacidad laboral y legal, ya que sus padres tienen por objeto que pueda ser curatelado. Así mismo, han iniciado un proceso judicial para que sea perceptor de remuneración tras los años cotizados, lo cual hasta el momento le ha sido denegado. Actualmente es objeto de deudas.

Aún mantiene contacto telefónico con "amigos de toda la vida"; sin embargo, no participa en propuestas de salidas con ellos. Su rutina se ha modificado sustancialmente. Refiere no tener un propósito definido y encontrarse "perdido", lo que le lleva a una no identificación de ninguna ocupación significativa. Presenta un estado confusional que le lleva a no demandar ninguna necesidad. Dispone de un estilo de relación basada en la condescendencia. Muestra *locus* de control externo que le lleva a no considerar ninguna de sus posibles capacidades. Parece permeable a la relación de ayuda.

B) Competencias y oportunidades de la persona

Manuel resulta ser un ejemplo de resiliencia y superación en sí mismo; se muestra coherente en "no entender" la situación actual que presenta. Verbaliza estar en una situación de vulnerabilidad y de "cierta espera" en este tiempo. Maneja con dificultad la incertidumbre sobre su situación general, lo que puede suponer un fuerte hándicap en este momento. Se reconoce y significa en "lo tenía todo y ahora no tengo nada". Busca alguna explicación a este estado identificando qué aspectos de su pasado considera como los causantes de la pérdida. Duda de su capacidad en este momento, y de la proyección futura.

Pese a este estado de vulnerabilidad que le envuelve en la actualidad, Manuel da muestras de esfuerzo por modificar su situación. Esto comienza a evidenciarse en el vínculo que ha establecido con el CRPS. Comparte situaciones vitales de pérdidas para él dolorosas; y se "pone a prueba" y se compromete en grupos de actividad donde le resultaría "difícil estar" por lo que implican. Estos son el grupo de rutas de senderismo (actividad que implica y favorece el contacto y relación con otras personas), y el PCEA (Proyecto de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte) en donde se expone a una situación de expresión no solo de lo objetivo, sino también de la emoción y subjetividad que le sugiere la pintura.

Todo este proceso de vínculo y acción con el equipo CRPS es también apoyado por la implicación de sus padres. Quienes, además de asistir a citas individuales de conocimiento y seguimiento de la dinámica de relación con Manuel, se integran también en el grupo de familias.

Manuel presenta un repertorio funcional conservado, tanto en habilidades de procesamiento cognitivo como motórico.

10.6.2. Proceso de planificación

A) Los objetivos principales de la rehabilitación

Conforme a la información obtenida durante la evaluación, los intereses y

expectativas de la persona, se establecen los siguientes objetivos de intervención:

- Los objetivos irán orientados a acompañar a Manuel en su proceso de aceptación de cambio vital con relación al inicio de enfermedad, y la relaboración de identidad ocupacional actuando según nuevas circunstancias.

B) Objetivos a corto plazo / estrategias

- Mejorar su sentimiento de competencia en la realización de ocupaciones y tareas significativas. A través de su ejecución en intervenciones del PCEA y otras que se promuevan según acompañamiento en evaluación de intereses y acciones de valor. Ofreciendo contextos y oportunidades en dirección hacia acciones de valor y desempeño de roles en ocupaciones significativas.
- Mejorar su sensación de bienestar en situación de contacto social a través de promover la participación en situaciones grupales (rutas, PCEA), y otras que se promuevan en dirección a acciones de interés.
- Mejorar su percepción en torno a su cuidado físico y autoimagen.
- Restructurar su hábito en actividad física a través de su participación en grupos de paseo, motivando en acciones deportivas que se plantee e intervenciones individuales.
- Desarrollar rutinas y hábitos de ocupación que le ofrezcan un sentido de pertenencia y utilidad en su medio más cercano vinculados a roles identificados e integrados: padre, amo de casa, hijo y amigo.
- También a través de la puesta en marcha de su habilidad en la cocina y otras que vayan surgiendo en ese proceso de evaluación continua.
- Expresar emociones y sentimientos. A través de su participación en PCEA y entrevistas individuales.
- Proporcionar a la familia estrategias funcionales de manejo instrumental y emocional que favorezcan el desarrollo de competencias de Manuel y, a su vez, les permitan construir la pérdida que les ha supuesto la influencia de la enfermedad, promoviendo —a través del grupo de familias y de intervenciones individuales— el sentido de esperanza que han perdido.

C) Objetivos a medio y largo plazo

- Reelaboración de su experiencia biográfica acorde a sus áreas de valor.
- Mayor compromiso con áreas de valor y roles significativos.
- Identificar y actuar en situaciones de recaída.

10.6.3. Proceso de intervención: una experiencia a través del arte

PCEA (Proyecto de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte). Se propone a Manuel la posibilidad de comenzar a participar en el PCEA utilizando el Museo Thyssen-Bornemisza de Madrid como herramienta terapéutica.

El museo posibilita el uso del arte como medio de expresión emocional a la par que facilita un desarrollo de competencias funcionales con el fin de ir alcanzando estrategias de mayor control interno que lleven a la persona a un sentido de mayor empoderamiento.

En la visita al Museo prima el carácter subjetivo de la visión que la persona otorga a cada uno de los cuadros elegidos en el recorrido, por lo que resulta ser una experiencia validadora de por sí. La visión subjetiva sobre lo que el cuadro genera es una forma de trasladar lo que acontece internamente, por lo que la práctica y repetición de estas escenas reparadoras irán fraguando y posibilitando un sentido de mayor pertenencia y capacitación interna.

El PCEA se inicia de manera exploratoria utilizando el modelo de comportamiento ocupacional de Mary Reilly, acercando a la persona a un nivel de certeza y de anticipación de éxito. Para ello se invitó a Manuel a que se permitiera acudir en los primeros encuentros a la visita al museo. Estos primeros acercamientos son realizados por el guía educativo del museo, con quien el centro se coordina. Esto posibilita que los participantes vean reducida su ansiedad y confusión, dado que la actividad se desarrolla con el desafío justo para la persona y en alto nivel de apoyo de terceros. Esto genera que el participante deba exponerse de manera contenida y con una estructura garante para el desarrollo funcional y emocional. Para ello, el análisis de la actividad y del entorno se lleva a cabo contemplando y flexibilizando aquellas variables externas que puedan suponer un hándicap negativo para la persona.

Tras la visita, se posibilita un análisis de lo acontecido tanto en su plano funcional como emocional, con el fin de ir generando huella del comportamiento ocupacional logrado. Este momento sirve además para ir perfilando qué nuevas metas pueden ir alcanzándose y el nivel de apoyo para poder lograrlo.

Uno de los objetivos que contempla el PCEA es el de facilitar estrategias que permitan a la persona liderar las visitas adquiriendo un rol de guía en el museo. Esto posibilita que la persona pueda verse en un reflejo de lo que podría lograr con otras situaciones de su vida cotidiana.

Tras la fase previa de práctica y repetición sobre la situación de visita guiada de modo externo, comienza la propuesta a Manuel de una nueva tarea, aumentando el desafío: rol de guía. El proceso se marca de la misma manera. Se inicia con uno de los cuadros seleccionados por Manuel en cuanto a su temática (exploración emocional), con el fin de que ante un público asistente conocido y de certeza (resto de integrantes del CRPS), Manuel pueda verse capacitado en el juego simbólico del "como si". Análisis de la actividad y del entorno previo al desarrollo del rol con el fin de poder desarrollarlo, para, tras esto, verbalizar lo logrado partiendo de la experiencia validadora que de por sí tiene la visión subjetiva.

Tras otro margen de práctica y repetición sobre ello, un nuevo desafío: cambio de espectadores. Inclusión de otros espectadores no conocidos para Manuel (lo que por otro lado posibilita el tejido en red, dado que se invita a colectivos diferentes). Junto a Manuel también están otros participantes del PCEA, lo que permite a su vez trabajar desde la concepción de grupo operativo, adueñándose de la tarea.

Manuel fue experimentando un sentido de mayor confianza en sí mismo, lo que posibilitó un *locus* de control interno que ha ido dando lugar a que se mostrara interesado y preparado para seguir avanzando en su proceso de recuperación. El cambio social que Manuel ha experimentado por medio del arte, ha posibilitado que se signifique con una identidad ocupacional como hijo, padre, ciudadano, cocinero, amo de casa y voluntario. Sus padres han retirado el proceso de curatela. Se atisba la esperanza.

11

La evaluación de la persona y del entorno

La realidad que creemos conocer del otro es solo una pequeña parte del mundo de la persona que ella nos permite ver. Las historias cotidianas provocan la aplicación del razonamiento clínico en cada etapa del proceso de intervención individual. La finalidad de este capítulo es ofrecer recomendaciones sobre los aspectos primordiales de la etapa de evaluación. La evaluación representa la primera etapa del proceso de intervención, el punto inicial que permite y otorga sentido y organización a los pasos venideros, y también facilita la comprensión y puesta en práctica del proceso.

En el capítulo anterior se ha descrito cómo y dónde empezar la evaluación, pero es en cada situación donde se ha de formular una de las preguntas angulares del razonamiento, ¿qué hay que evaluar? Para esta pregunta existen diversas respuestas, todas ellas condicionadas por factores múltiples. Qué y cómo evaluar es esencial en terapia ocupacional. Para facilitar la comprensión posterior iniciamos el capítulo con dos ejemplos prácticos de evaluación realizada por terapeutas ocupacionales. La primera situación corresponde a una evaluación individual, la segunda ilustra el ejemplo de una evaluación a través del grupo. Consideramos que es importante describir la evaluación grupal puesto que existen profesionales con situaciones laborales en las que no pueden implementar evaluaciones individuales y utilizan habitualmente técnicas grupales.

11.1. Evaluación de una situación individual: ejemplo práctico

Evaluación de un caso en una unidad de media estancia hospitalaria (UME). Mujer de 23 años que ingresa en la unidad de media estancia hospitalaria tras su paso por agudos y por un hospital de día, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Presenta una situación de abandono familiar. No dispone de un lugar donde vivir y carece de ingresos propios. Acude por primera vez a urgencias con su madre por síntomas psicóticos: siente que la vigilan, oye voces, presenta delirios místicos y no reconoce a su hijo como propio. Tiene un hijo de dos años, que en este momento se encuentra en situación de acogimiento administrativo, tras entregarlo ella de forma voluntaria por miedo a no cuidarlo bien y no querer acogerlo su familia. El proceso de evaluación se ha desarrollado durante un período de un mes. Los instrumentos utilizados son la escala de valoración

del desempeño ocupacional (EVDO; Guijarro y Rodríguez, 2010), el listado de intereses (Matsuyusu, 1960) y el listado de roles (Oakley, Kielhofner y Barris, 1985).

La información obtenida en el proceso de evaluación es la siguiente:

A) Historia ocupacional

Nació en la Republica Dominicana. Hasta los ocho años vivió en su país, momento en que se traslada con su madre a España. A los 14 años regresa a su país a vivir con su padre, pero de nuevo vuelve a España con su madre, con la que convive hasta los 17 años, en que se va del hogar materno por estar embarazada. No termina la ESO. Trabaja temporalmente en la limpieza, como cajera, dependienta y monitora. Comienza a sentirse cansada y pierde los trabajos. Pasa mucho tiempo en la cama ("me pasaba el día durmiendo") y apenas colabora en las tareas de la casa. No existe apego con la madre ni con el resto de la familia. No la visitan ni se interesan por su estado. En un principio cuesta diferenciar la parte cultural de la parte de dificultades por la propia enfermedad.

B) Identidad ocupacional

Tiene una gran falta de pertenencia, por lo que presenta dificultades para asumir roles (trabajadora, madre…). Procedente de una familia desestructurada y con contextos naturales muy diferentes (social: dos países; familiar: padre, madre, tías…; cultural…). No le motiva el trabajo, pero existe expectativa de salir de la UME y recuperar a su hijo. Gran dificultad para identificar actividades significativas, tendencia al pasotismo, dificultades en asumir sus responsabilidades como adulta (madre, autocuidados, vivienda, etc.). Precisa un alto nivel de apoyo para iniciar y mantener actividades nuevas, así como baja capacidad de frustración.

En el cuadro 11.1 se muestran las fortalezas y debilidades detectadas conjuntamente con la persona en el proceso de evaluación.

Cuadro 11.1. Cuadro de las fortalezas y debilidades de la persona

Fortalezas	*Debilidades*
– Deseo de cambio	– Dificultad para asumir responsabilidades
– Afectiva	– Dificultades de atención
– Capacidad de enganche emocional	– Alto grado de desmotivación
	– Expectativas poco acordes a sus posibilidades

C) Perfil ocupacional

En el perfil ocupacional destacan dos aspectos relevantes de su funcionamiento ocupacional:

- *La deprivación ocupacional*: El contexto social y familiar en el que ha vivido estos últimos años ha contribuido a un alto grado de aislamiento y de hábitos poco saludables que han agravado su situación. Se encuentra sola, sin una estructura de base aprendida en la infancia, con frágil apoyo familiar, con escasos recursos y con un hijo.
- *La alineación ocupacional*: Su situación personal, la patología y los hábitos de soledad hacen que presente un alto grado de desmotivación. En estos momentos comienza a ser consciente de que no es capaz de hacer las cosas que hacía antes "me siento más lenta… todo me cansa… antes me gustaba mucho leer y ahora casi no consigo enterarme de lo que leo…".

D) La evaluación por áreas

- *Actividades de la vida diaria (AVD)*

No necesita supervisión en la higiene personal, aunque puede descuidarse en el aseo y se le ha tenido que reforzar. No tiene dificultades para vestirse, sabe hacerlo sola, pero sí que lleva la ropa sucia y descuidada. Al principio presentó gran resistencia cuando se le indicaba que necesitaba cambiarse de ropa ("¿Tú por qué me tienes que mandar?"). Por su manera de vestir suele llevar la zona lumbar al aire. Normalmente no utiliza el transporte público, se desplaza a los sitios a pie. Con relación a la alimentación, sabe comer sin dificultad. Dice saber cocinar. Pero cuando estaba en su casa y se sentía mal estaba metida en la cama. Antes de su ingreso la alimentación era muy desequilibrada (precocinados, hamburguesas, bocadillos…). Eso, unido a la medicación, ha hecho que haya aumentado de peso, lo que la hace sentirse mal. Manifiesta interés por recuperar su peso anterior y por que se le hagan indicaciones de cómo llevar una dieta adecuada, aunque le cuesta llevarlas a la práctica. No dispone de ningún ingreso propio, si bien la madre y la tía realizan una aportación económica de 150 € al mes para sus gastos, que no son excesivos. Sabe utilizar el teléfono y dispone de teléfono móvil.

- *Área psicomotriz (funciones y estructuras)*

Su ritmo y marcha son autónomos. En la marcha tiene una cadencia propia de las personas latinas. Su expresión corporal muestra claramente su enfado y su negación a participar en todo aquello que no le interese. Se percibe desgana y falta de motivación e implicación. Tiene una expresión de aislamiento, pasivo-agresiva (no mantiene la mirada) y enfado, que cambia totalmente en el momento en que se dirige a cualquiera de los

profesionales con algún tema que para ella es importante (ejemplo: los temas relacionados con la recuperación de su hijo).

- *Área formativa*

Estudió en su país hasta los ocho años, continuó en España hasta 4.° de la ESO, curso que no finalizó. Rendimiento escolar bajo. Realizó un módulo de auxiliar de oficina que no finalizó por quedarse embarazada. Actualmente, a través de la escuela de adultos, está cursando uno de los módulos para sacarse la ESO, con una gran dificultad percibida ("… no voy a aprobar").

- *Área laboral*

Ha trabajado en limpieza, de cajera, dependienta y como monitora en una pista de hielo. Refiere interés por el empleo. La información sobre su actitud en los distintos trabajos es buena (antes del primer brote), lo que no coincide mucho con lo observado en este momento. Vincula conseguir trabajo con recuperar a su hijo, pero no es capaz de valorar ni sus dificultades ni su situación actual. Falta de estructuración, de atención, de motivación, de conciencia de lo que supone trabajar, comprometerse, respetar las normas, los horarios… Esta situación le provoca un alto nivel de frustración y sensación de pérdida ("no sé cómo lo puedo solucionar…"); pide ayuda de forma continua a unos y otros hasta encontrar la respuesta que desea. En este momento se encuentra en situación de paro sin prestación. Relaciona su alta y el recuperar a su hijo con conseguir trabajo.

- *Área de ocio y tiempo libre*

Ocio muy reducido, tendencia muy marcada a estar sola, a vagabundear, conoce a mucha gente de grupos desfavorecidos con la que se encuentra en la calle. En los últimos tiempos ha vivido en la calle. Le gusta ver televisión, leer, escuchar canciones y chatear.

11.2. La evaluación grupal: ejemplo práctico

Evaluación de un grupo de mujeres en una unidad de larga estancia. Se eligió la evaluación grupal por la dificultad de aplicación de otras técnicas, debido a la falta de interés y motivación de las usuarias, como consecuencia de la prolongada situación de permanencia en la unidad. A ello se suman las sucesivas ocasiones en que se les han administrado pruebas de evaluación sin que estas sean devueltas y sin producir ningún cambio en sus vidas.

La importancia del contexto afecta de forma sustancial a la evaluación y a la intervención. Se decidió efectuar una evaluación grupal previa a la evaluación individual y a la planificación de la intervención.

1. *Perfil de la población:*

    - El 50% de las usuarias han permanecido más de 15 años en el centro y el 30% más de 25 años.
    - Edad media: 50 años.
    - Procedentes de su casa o de otros dispositivos residenciales.
    - Escasa participación en actividades fuera de la planta.
    - Escasa o nula participación en toma de decisiones.

2. *Objetivo:* Evaluar el grado de motivación en las 30 mujeres ingresadas en la unidad de larga estancia.
3. *Resultado de la evaluación grupal:* Falta de interés por las actividades, ausencia de interés por la imagen personal, nulo interés por el rol de mujer.
4. *Intervención planteada:* Que por los problemas motivacionales detectados se plantea una intervención a través del grupo, previa a la evaluación individual. La intervención se denomina "Con otra mirada".

Este taller grupal se describe, de forma breve, en las siguientes sesiones:

- SESIÓN 1: ¿Cómo te ves como mujer?

  Diálogo de la situación previa a la enfermedad. Asocian los cambios a la edad o con la enfermedad y no con la falta de autocuidados

- SESIÓN 2: ¿A quién crees que te pareces o te gustaría parecerte?

  Se ofrecen varias imágenes artísticas de mujeres para que elijan con cuál se identifican o a cuál les gustaría parecerse. La mayoría no eligen imágenes de mujeres de su edad, sino mucho más jóvenes.

- SESIÓN 3: Se divide el grupo; se les permite decidir cómo hacerlo, siempre que no sean más de cuatro ni menos de dos. Se muestran de nuevo las imágenes para que seleccionen la que habían elegido.

- SESIÓN 4: Se trabaja con los nuevos grupos creados de forma individual, con el apoyo de la o las compañeras de ese nuevo grupo que tendrán el papel de asesoras (amigas).

  Con la fotografía que ha seleccionado, debe tomar una serie de decisiones que la ayuden a parecerse a esa mujer:

    - Elegir entre una serie de piezas de ropa y telas que se pondrá.
    - Elegir la bisutería que se pondría.
    - Elegir el maquillaje (tonos, colores…).
    - Elegir el perfume que llevaría.

Con lo seleccionado se trabaja el cambio procurando que lo vaya haciendo por ella misma o con apoyo de las compañeras. Con la nueva imagen posa imitando a la mujer elegida y se realiza una sesión de fotografías.

- SESIÓN 5: Elección de una textura de fondo para las fotografías
  Utilizando lo que encuentran y fotografiándolo o dibujándolo sobre un papel, que, a su vez, se fotografiará.

- SESIÓN 6: Selección de fotografías, búsqueda de texturas, elección de colores, retocado de fotos y preparación de presentación de resultados.
  A las fotografías de las mujeres del grupo se incorporan fotografías de otras mujeres profesionales del centro como voluntarias, para evitar que la exposición sea solo de pacientes.

- SESIÓN 7: Se prepara una exposición a la que pueden invitar a quien deseen (sin haber visto el resultado final).
  Cada una debe conseguir un mínimo de cinco invitados.
  Deben decidir el texto de la invitación.
  Deben decidir quién quieren que inaugure la exposición.

- SESIÓN 8: Exposición
  Las fotografías se presentan tapadas por un papel, el cual se retira según se va presentando, con gran sorpresa para cada una de las protagonistas y de sus invitados (familiares, compañeros y ellas mismas).

5. *Resultado:* Exposición de fotografías artísticas de MUJERES y autoevaluación de la confianza personal y los roles.
   Fondo: Recuperación de roles. Texto (No ven "enfermas", ven mujeres).

Estos dos ejemplos ilustran la diferencia en los procedimientos, métodos y estilos de evaluación. La ocupación humana se puede evaluar de múltiples maneras. Plantear los casos al inicio del capítulo tiene el propósito de reflexionar sobre la evaluación en la práctica actual en nuestro país. A través de estas líneas queda claro que el objetivo de los autores no es ni estandarizar ni proponer una guía de cómo hay que evaluar, porque dicho proceso depende de múltiples factores que solo cada profesional conoce. Sí que se pretende plantear recomendaciones dirigidas a reflexionar antes de actuar. El razonamiento clínico es transversal y no tiene un apartado único (aunque a veces haya que situarlo en algún lugar para su descripción); si bien es parte de un todo, lo utilizamos en cada acción. En el manual efectuamos aportaciones del razonamiento basado en la experiencia práctica de los autores, consideramos más importante desarrollar el razonamiento y la reflexión que seguir y aplicar determinadas pautas preestablecidas. Por esta razón, para definir el proceso de evaluación que cada terapeuta ocupacional debe utilizar en su práctica, proponemos "momentos" de reflexión a través de preguntas que

cada profesional debe plantearse.

11.3. Evaluación de las dimensiones ocupacionales

¿Qué quiero evaluar? Esta es la primera pregunta que el terapeuta ocupacional debe plantearse al inicio del proceso de evaluación.

En el capítulo 3 se ha descrito la visión y en el capítulo 10 la selección de la perspectiva de la evaluación. La visión condiciona la selección de la perspectiva y determina un proceso específico de evaluación. En otras palabras, si la óptica es sobre la enfermedad exclusivamente, se verán las limitaciones de la persona y las pruebas de evaluación utilizadas irán dirigidas a este foco de interés. Si por el contrario se evalúa a la persona, su entorno y su situación, las pruebas serán diferentes.

La finalidad es identificar qué quiere el usuario, cuáles son sus deseos, sus metas y expectativas de futuro, sus prioridades y motivaciones; si bien no siempre resulta una información fácilmente identificable para la persona o no existe la suficiente confianza y seguridad como para expresarla sin miedo a sentirse cuestionada.

La visión holística es básica en la profesión y permite visualizar un sinfín de áreas, dimensiones, capacidades o componentes, que pueden verse afectados por las situaciones vitales de las personas, que derivan en procesos de enfermedad y alteran el continuo de la salud. Por esta razón, a la pregunta ¿qué quiero evaluar?, para los autores, la respuesta desde terapia es "las dimensiones ocupacionales".

Usamos el término "dimensiones ocupacionales" para diferenciarlo de las áreas de ocupación o del desempeño. Las dimensiones ocupacionales se entienden como un concepto amplio que engloba el significado ocupacional, las áreas de ocupación o los contextos, etc. No podemos desarrollar todas las dimensiones y/o situaciones, pero sí las más relevantes para la práctica clínica y social actual de la profesión, como son el proyecto de vida, la vocación ocupacional, el desempeño, el bienestar ocupacional, el entorno físico y social, los ambientes y los contextos.

11.3.1. El proyecto de vida y la vocación ocupacional

Son muchas las personas que han visto rotos sus proyectos de vida tras la aparición de situaciones de enfermedad e interrumpidos algunos de sus roles ocupacionales —con la consiguiente dificultad para retomarlos en el mismo punto—, o bien se han visto obligadas a replantearselos de forma acorde a las nuevas circunstancias. Hay etapas en la vida en las que parecen existir unas metas prestablecidas por la sociedad que escapan de los deseos personales de cada individuo: formarnos, trabajar, disfrutar del tiempo libre, formar una familia… Quehaceres diarios que muchos hemos realizado o realizaremos en el futuro y que conllevan grandes dilemas vitales para cada uno de nosotros; lo mismo sucede con las personas usuarias de servicios de la red de salud mental. En ocasiones se da por hecho que las personas entre 25-65 años de edad deben enfocar sus metas

ocupacionales hacia el trabajo remunerado, si bien debemos caer en la cuenta de ir más allá de lo supuestamente esperado y escuchar los deseos de las personas.

A causa de la enfermedad, muchas personas han visto cómo se producía una ruptura parcial o total de su proyecto existencial, como trabajadores, estudiantes, padres, pareja, etc., y en donde, además, parecen no existir metas futuras. ¿Les hemos preguntado en alguna ocasión qué es lo que quieren hacer con sus vidas? o ¿en qué quieren invertir su felicidad? Una de las respuestas más comunes puede ser la indiferencia, otra la incertidumbre e incluso otras pueden estar poco acordes a la realidad actual. O bien su respuesta gira en torno a la deseabilidad o a lo que socialmente es aceptable. Si una persona no tiene "propuesta" de vida, siempre hay "alguien" que decide su presente y su futuro, bien el equipo de atención, la familia, las fundaciones de tutela, etc. Todos menos el interesado, la persona. Empezar a trabajar el proyecto vital desde el proceso de evaluación es una de las tareas que están poniendo en práctica los terapeutas ocupacionales en múltiples escenarios sanitarios, sociales, educativos o judiciales.

Es precisamente la vocación ocupacional el eje que trata las preferencias, los gustos e inclinaciones de las personas para llevar a cabo determinadas ocupaciones en su día a día y sentirse realizadas y completas como seres humanos y ciudadanos de pleno derecho. La orientación vocacional se ha relacionado con el área laboral. Y en este sentido se han llegado a crear modelos que definen las etapas del proceso de rehabilitación vocacional centrada en el rol laboral (Stein, 1984). En nuestra concepción, la orientación ocupacional no se refiere exclusivamente al trabajo: no todas las personas convergen en estas mismas metas, y existen otras líneas relacionadas con el voluntariado y la participación no remunerada, que generan por igual sentimientos de realización y satisfacción en las personas, aun sin existir una contraprestación económica. Incluye además la atracción de determinadas actividades de nuestro hacer, que pueden corresponderse con ocio, participación social, etc. La orientación ayuda a identificar el patrón de intereses en función de las características personales y del entorno.

Pero ¿cómo llegar a la decisión de qué se quiere hacer con la vida? Aquí es donde entra la figura del terapeuta ocupacional, para conocer los anhelos de las personas, ayudar a identificarlos y acompañarlas en el camino de participación según lo que hayan elegido. El proceso de evaluación, orientación, entrenamiento y participación vocacional está cobrando progresivamente más peso en los programas de terapia ocupacional.

La formación desde una perspectiva holística, el análisis de los contextos, el desempeño de las personas y el impacto de las ocupaciones en su salud (entre otros) otorgan al terapeuta ocupacional un papel fundamental en el proceso vocacional y diferenciador respecto a otras disciplinas. Son muchos los autores y documentos que hablan de la rehabilitación y la orientación vocacional, si bien coinciden en que para concebir esta idea es necesario ir más allá de lo puramente clínico y comprender la vivencia personal que implica entender qué quieren hacer las personas, por qué tienen predisposición e interés por determinadas actividades y cómo quieren llevarlas a cabo. El programa de "imágenes ocupacionales" (Rascovan, 2006), sumándole la evaluación del "cuerpo vivido", es uno de los formatos recomendados para evaluar esta dimensión, bien

de forma individual o en grupo. En la misma línea y a modo de ejemplo, se nombran algunas herramientas que miden el área vocacional de la persona: inventario de intereses ocupacionales (Thorpe, 1943), cuestionario de motivación laboral para personas con enfermedad mental crónica (Colis, Coy, Galilea, López y Pascual, 1996), búsqueda autodirigida (SDS; Holland, Fritzsche y Powell, 2005), *planning alternative tomorrows with hope* (PATH; Pearpoint, O'Brien y Forest, 2001), o el listado de ítems de intereses vocacionales (Galilea, 2000).

Lo mismo ocurre con la evaluación de los proyectos de vida, en donde se está utilizando la entrevista inicial a través de preguntas orientadas a la determinación del proyecto de vida pasado, actual y futuro de forma individual. O bien, se está evaluando a través del método grupal (Del Valle y Guzmán, 2009).

11.3.2. El desempeño ocupacional

En el día a día hablamos de diferentes tipos de funcionamiento de los individuos según el contexto de uso o la formación del profesional. En ocasiones, no se presta atención a los matices que los diferencian y conllevan confusión conceptual (funcionamiento social, funcionamiento psicosocial, funcionamiento cognitivo, desempeño funcional…). Como terapeutas ocupacionales, el tipo de funcionamiento o desempeño de la persona que resulta inherente a nuestra profesión es el relacionado con la ocupación.

Es el funcionamiento o desempeño ocupacional que se da en el proyecto vital, las ocupaciones significativas implícitas en el mismo, asumiendo y desempeñando los roles de este proyecto y en congruencia con el contexto social y cultural de su comunidad o lugar de residencia. El ser funcional implica sentirse bien con uno mismo y con los demás, satisfacer y superar las exigencias de nuestro alrededor y los retos que uno mismo se impone, disfrutar de la vida y tener la opción de elegir aquello que queremos y podemos hacer. El desempeño está vinculado directamente con el proyecto de vida y el ambiente presente y futuro. Si no tengo definido mi proyecto, ¿cómo puedo saber qué desempeño preciso para mi vida? Ante la ausencia del proyecto vital se están utilizando estándares basados en el contexto o criterios, que es lo que habitualmente se denomina "normalización", evaluando el desempeño desde las necesidades normativas. En la práctica este hecho es claramente observable, un ejemplo sería cuando una persona debe mejorar determinadas habilidades para poder ir a una residencia o un piso y se determina el desempeño en función del contexto futuro. El entorno y el contexto determinan las demandas y en consecuencia el desempeño que precisa para persona.

La dimensión del desempeño ocupacional de las personas resulta importante como indicador de la eficacia de las intervenciones y de la calidad de vida, parámetros muy utilizados durante los últimos años en la práctica e investigación. En la actualidad, para evaluar esta dimensión en los diferentes contextos se utilizan los métodos de observación, la autoevaluación y los cuestionarios.

Existen múltiples instrumentos para evaluar el desempeño. Además de los propuestos por el modelo de la ocupación humana de Kielhofner o el modelo canadiense,

existen otros utilizados en la práctica: cuestionario de evaluación funcional multidimensional (Duke University Center for The Study of Aging and Human Development, 1978), *social interaction scale* (Trower, Bryant y Argyle, 1978), *rehabilitation evaluation* (REHAB; Baker y Hall, 1988), evaluación del funcionamiento ocupacional (AOF; Watts, Brollier, Bauer y Schmidt, 1989), escala de habilidades básicas de la vida diaria (BELS 2000; TAPS, 1989), escala del funcionamiento social (SFS; Birchwood *et al.*, 1990), *social and occupational functioning assessment scale* (SOFAS; Goldman *et al.*, 1992), *level of community support systems scale* (LOCSS; Kazarian, Joseph y McCabe, 1996), *World Health Organization disability assessment schedule II* (WHODAS-II; OMS, 1998), *personal and social performance scale* (PSP; Morosini, 2000), *multidimensional scale of independent functioning* (MSIF; Jaeger, Berns y Czobor, 2003), o la escala de valoración del desempeño ocupacional (EVDO; Guijarro y Rodríguez).

11.3.3. El bienestar ocupacional

Tanto en la práctica diaria como en la literatura se utilizan conceptos que resultan abstractos y variados en su definición y, consecuentemente, en su uso. De ahí que resulte habitual escuchar palabras como "satisfacción", "felicidad", "calidad de vida" o "bienestar". Conceptos relacionados entre sí que abarcan aspectos internos y externos de la persona, subjetivos y objetivos. Estos elementos presentan un significado diferente para cada una de las personas según su etapa de vida, disposición o estatus, por lo que se consideran conceptos dinámicos, cambiantes y con un fuerte componente subjetivo. Desde la experiencia personal es posible que hayamos utilizado y escuchado frases como "hoy no me siento bien", "soy feliz con mi familia" o "estoy contento con mi trabajo"; mientras que como profesionales y de manera objetiva respecto a terceras personas lo más probable es que hayamos escuchado o utilizado afirmaciones tales como: "manifiesta no ser feliz", "no sonríen con lo que hacen"… Ejemplos que, independientemente de la connotación afirmativa o negativa con los que se formulen, pueden llegar a distar mucho si quien los usa es la persona desde su experiencia interna o terceras personas. Con esto se quiere plasmar la necesidad y obligación del terapeuta ocupacional de escuchar a las personas, más allá de lo que se haya podido observar en momentos puntuales y de las conclusiones que hayamos podido extraer, y se remarca, siempre la necesidad de escuchar su opinión.

Uno de los principales ejes de la profesión es identificar el impacto de las ocupaciones en la salud de las personas, sus consecuencias, y actuar sobre los factores contextuales como condicionantes de dicho impacto. Una de estas consecuencias es el bienestar, el cual suele venir acompañado de otras palabras como "mejorar" o "mantener". Es frecuente que entre los terapeutas ocupacionales se oiga y lea que a través de la participación en las ocupaciones se promueve el bienestar de la persona o de la población, o, en otras palabras, que las ocupaciones pueden ser fuente de bienestar.

El bienestar, tal y como se ha comentado antes, está asociado a muchos elementos

internos, como los valores, creencias, espiritualidad, motivaciones, sentimiento de pertenencia, autoconcepto o el sentido de control sobre el entorno y las elecciones; y a otros externos a la persona (haber dormido bien, disponer de tiempo para uno mismo, sentirse conectado con los demás, dar un paseo con el perro, sentirse realizado con el trabajo, el nivel económico, o no sentirse angustiado por situaciones tales como superar un examen). De un modo u otro, el bienestar se asocia con la ocupación y el impacto que esta tiene sobre la persona. De ahí que existan autores que hablen de bienestar ocupacional, refiriéndose al "proceso de organización de los patrones de la vida diaria en unidades de ocupación que las personas llevan a cabo de manera significativa, útil y satisfactoria. Las unidades de ocupación contribuyen al mantenimiento de la salud y el bienestar, y evitan aquellas ocupaciones que representan factores sustanciales de riesgo" (White y Reed, 2008). Estas unidades de ocupación son las que los terapeutas ocupacionales y las personas con las que trabajamos descubrimos, cambiamos o construimos, tanto en contextos clínicos como comunitarios, con el fin de que, a través de su elección, participación y gestión, lleguen a identificar y definir ese sentimiento emergente como bienestar.

Los instrumentos de evaluación para medir el nivel de bienestar de las personas en relación con su vida, sus ocupaciones y contextos, prestando especial atención al componente subjetivo sin olvidar otros factores contextuales son los siguientes: cuestionario de salud EuroQoL-5D (EQ-5D, 1990), el Cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer (*quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire* [Q-LES-Q]) de Endicott, Nee, Harrison y Blumenthal (1993); *general well-being schedule* (GWBS; Dupuy, 1977), *the wellness index* (WI-1; Slivinske, Fitch y Morawski, 1996), *quality of life profile* (QoLP; Raphael, Renwick y Brown, (1996), *wellness index* (WI-2; Travis y Ryan, 2004) y *wheel of wellness* (WoW; Hattie, Myers y Sweeney, 2004).

11.3.4. El entorno físico y social

Los entornos físicos y sociales de las personas que sufren una enfermedad mental deben apoyar su participación y desempeño ocupacional, promover estados saludables y generar experiencias positivas de bienestar. Para ello enfocamos la evaluación en los entornos personales, la familia y amigos, etc., así como en el entorno social donde desarrolla su vida habitualmente.

Existen situaciones que repercuten directamente en las personas, por ejemplo las siguientes: los espacios y grupos terapéuticos mantenidos durante años en el servicio basados en las preferencias y habilidades del profesional; las metodologías enquistadas por el propio referente de la intervención, que únicamente busca justificar su práctica profesional y evita cualquier tipo de cambio; la ausencia de novedades y de creatividad en el diseño de oportunidades de participación; la ausencia de compromiso de los profesionales con relación a la misión del programa. Las anteriores son solo algunas de las consecuencias derivadas de ciertas actitudes profesionales que, si no son valoradas y tenidas en cuenta, condicionarán y llegaran a impedir la puesta en marcha de procesos de

rehabilitación coherentes y justificados, y contribuirán de este modo a una praxis iatrogénica con resultados directos hacia los más vulnerables.

Los terapeutas debemos conocer la historia y la realidad del contexto laboral de la misma manera que debemos conocer la de los usuarios para entender el momento actual y planificar las acciones de futuro. También es importante reconocer los momentos que han marcado la trayectoria del servicio y qué papel han desempeñado los profesionales del equipo para entender su predisposición, debemos ahondar en las habilidades y conocimientos de cada uno de ellos, aprovechando las sinergias que nos ofrecen para avanzar conjuntamente en la misma dirección y marcar las posteriores acciones habiendo contemplado previamente todos estos factores.

Las técnicas más utilizadas en las evaluaciones del entorno físico y social son la observación específica o participativa. Existen también algunas escalas que miden el impacto del entorno social en la calidad del desempeño y funcionalidad de la persona como son las siguientes: índice de cambio vital (Holmes y Rahe, 1967), *Craig Hospital inventory of environmental factors* (CHIEF; Craig Hospital, 2001), medida de calidad del entorno (MQE; Fougeryrollas, Noreau, Michel y Boschen, 1999) o participación objetiva, participación subjetiva (Brown, Dijkers, Gordon, Ashman, Charatz y Cheng, 2004).

11.3.5. Los ambientes y los contextos

La influencia que el ambiente ejerce sobre las personas y sobre cómo estas llevan a cabo sus ocupaciones es evidente, son claros ejemplos los relacionados con las diferencias horarias entre países que condicionan los hábitos laborales, alimentarios, de ocio, etc. O el hecho de conducir en un sentido u otro de la marcha según el país donde nos encontremos.

La interacción entre persona, ambiente y ocupación se caracteriza por ser dinámica y cambiante, y, en muchas ocasiones, intensa. Esta intensidad se puede considerar positiva siempre que no altere el equilibrio entre estos tres grandes universos. Por ejemplo, pensemos en cómo la presión de los sistemas de control hospitalarios sobre las personas pueden llegar a condicionar sus decisiones, estilos de vida, rutinas, participación en ocupaciones y sus experiencias en las mismas. Siempre hay que analizar y comprender los ambientes desde la perspectiva de la persona, nunca desde la nuestra o desde la de la mayoría, ya que, a pesar de existir normas y pautas generales, la interpretación y manera de vivirlas de cada uno es diferente.

Promover la autonomía, la funcionalidad y el bienestar en las personas como parte de la misión de los procesos de atención conlleva un componente subjetivo asociado a cada persona que no se puede omitir. Personas que comparten espacios físicos (tanto en contextos hospitalarios como comunitarios), el mismo grupo social, o características personales similares (edad, situación laboral, estado civil…) viven la misma situación de manera diferente: unos quizá con mayor optimismo, otros como algo transitorio, otros con indiferencia… y es en esta parte vivida donde debemos prestar especial atención

para conocer cómo los ambientes donde se desarrolla la vida de las personas influyen en su desempeño. Cada ambiente (bien sea de carácter clínico, comunitario o laboral) en el cual la persona participa es relevante y merece ser tenido en cuenta: los momentos de comida, sus habitaciones, las salidas y entradas del dispositivo asistencial, etc.

En ocasiones se asume que los ambientes hospitalarios reclaman menor atención por parte de los profesionales, quienes deben intervenir más bien poco sobre estos, y que son las personas usuarias del sistema las que deben adaptarse a ellos. Por el contrario, parece existir cierta tendencia de los profesionales a prestar mayor atención y a enfatizar la acción en aquellos ambientes comunitarios en los que se supone que la persona acabará llevando su vida (domicilio, centro de empleo, club social…). No hay que olvidar que la asistencia a las personas con enfermedad mental tiene una historia, la cual ha dejado su herencia en forma de un colectivo dependiente del sistema, cuyos miembros desarrollan sus vidas en y alrededor del mismo. De ahí que nunca debamos olvidar que es nuestra responsabilidad profesional actuar sobre los ambientes institucionales, ya que son estos los escenarios donde tendrá lugar una etapa importante en la vida de las personas; es necesario transformar sus características restrictivas y limitadoras en facilitadoras y promotoras de autonomía.

Se hace referencia al concepto de *escenario* como aquel lugar donde surgen situaciones de vida y se crean oportunidades, donde la persona está, siente, piensa, crea, aprende y enseña, se relaciona, participa y, sobre todo, es. Y aunque durante años en la literatura de terapia ocupacional, y aun actualmente en la práctica diaria profesional, los conceptos de *ambiente*, *medio*, *entorno* y *contexto* se han utilizado con frecuencia de manera indistinta y con fines similares, es en las últimas décadas cuando se han hecho relevantes estos conceptos. Conceptos que han sido dotados de significado y detallados para su aplicación en situaciones prácticas, por lo que cada profesional puede asumir cada uno de ellos según la fuente de referencia de acuerdo a un mejor abordaje de cada caso.

Para el análisis contextual se está utilizando la observación participativa o las entrevista a agentes claves para evaluar el contexto. De la misma manera, existen instrumentos que evalúan el contexto para determinar el plan de apoyo que precisan las personas. Una página recomendada donde se pueden encontrar sistemas de evaluación es http://www.supportplanning.org

11.4. Los métodos, técnicas y estrategias de evaluación

La segunda reflexión que debemos realizar es cómo vamos a conseguir la información.

Son diversas las técnicas y herramientas que utiliza el terapeuta ocupacional para evaluar el proyecto de vida, desempeño ocupacional, bienestar ocupacional, contexto, entorno, etc. y dentro de este gran abanico de elección, es donde el terapeuta ocupacional debe determinar qué técnicas y estrategias va a utilizar y por qué.

En la práctica nos planteamos dos métodos de obtener la información inicial: bien con información cuantitativa, bien con narrativas descriptivas. La pregunta es ¿qué

necesitamos?

Si pretendemos comparar una situación basal con la evaluación posterior a la intervención, seguramente utilizaremos para este supuesto herramientas con datos numéricos. Son los denominados métodos "cuantitativos" utilizados para medir las dimensiones ocupacionales de la persona a través del tiempo, lo que permite la evaluación de los resultados y la determinación de la eficacia de la intervención. En la figura 11.1 se ilustra un ejemplo de una evaluación basal y los resultados de la situación ocupacional de la persona a los nueve meses. La herramienta utilizada es la OPHI-II.

Si por el contrario necesitamos información cualitativa de la persona, detalles más explícitos, obligatoriamente realizamos evaluaciones con narrativas, también denominadas evaluaciones "descriptivas", que sirven como herramientas de detección del impacto y la perspectiva de la persona en un momento y lugar determinados. Un ejemplo de la evaluación descriptiva se ilustra en la figura 11.2, donde se pueden observar detalles de la historia de vida de una persona evaluada en una unidad de media estancia hospitalaria al mes de su ingreso.

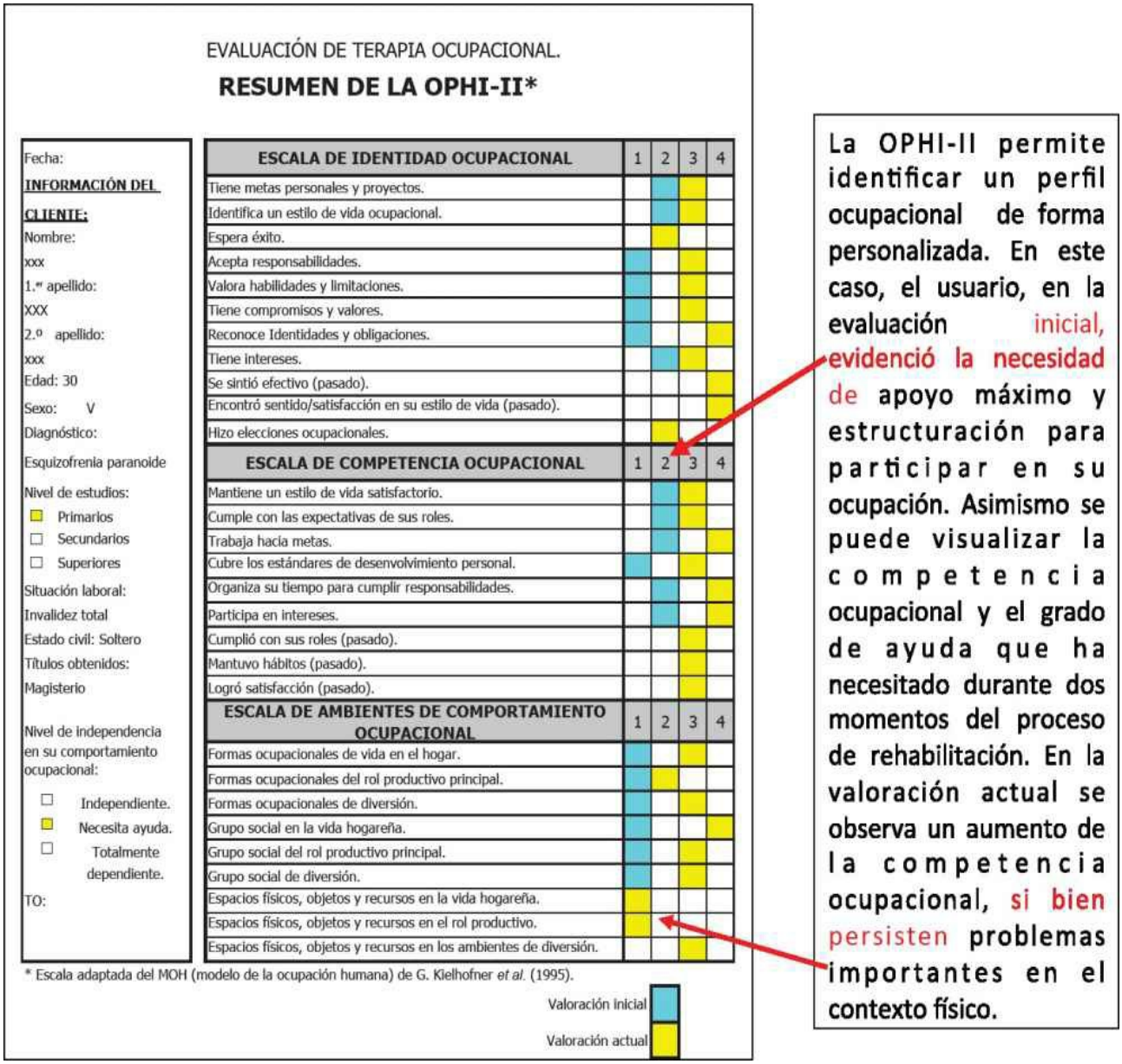


Figura 11.1. Evaluación cuantitativa a través de la OPHI-II (escala de puntaje). *Fuente:* adaptado de Kielhofner (2006).

Por tanto, de forma breve y sintetizada, actualmente se está desarrollando la evaluación de la persona y su entorno desde una metodología basada en dos tipos de perspectivas:

- *Perspectiva cuantitativa:* Cuando se necesita extraer datos estadísticos o porcentajes de las evaluaciones.
  - *Técnicas de evaluación:* Cuestionarios heteroaplicados o autoaplicados, como WHODAS-II (escala de puntaje), cuestionario volicional, AMPS, etc.

- *Perspectiva descriptiva:* Son las evaluaciones basadas en los aspectos de la vida, impacto, etc.
  - *Técnicas de evaluación:* Entrevistas de historia de vida, relatos de vida, autoevaluación a través del grupo, etc.

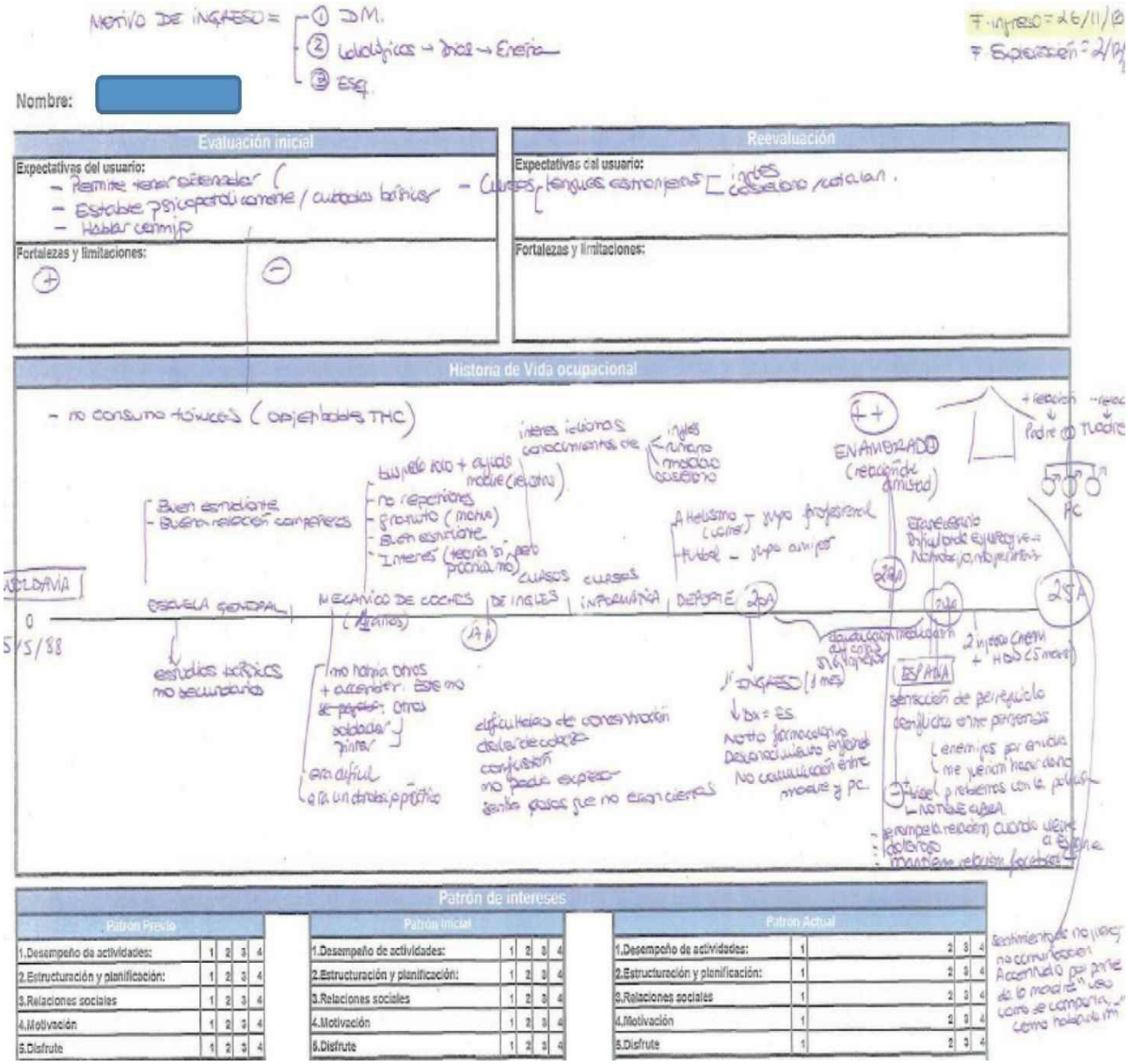


Figura 11.2. Representación de una evaluación descriptiva.

El empleo de uno u otro método viene determinado por la población diana, el contexto de trabajo, el tiempo disponible, la experiencia profesional, así como por el interés y la predisposición del terapeuta respecto al proceso. Estamos inmersos en la cultura del "dato" y, por tanto, debemos cuantificar nuestras acciones y la evolución de

las personas. Pero también debemos escribir en los cursos clínicos o sociales la descripción de los aspectos relevantes de las dimensiones ocupacionales.

La práctica actual provoca una optimización de los tiempos de cualquiera de los profesionales del equipo. Por esa razón, los terapeutas deben elegir sistemas que se adapten a los tiempos disponibles. Existe un conjunto de herramientas que permiten a la persona identificar lo que es significativo para ella al otorgarles un valor u otro a los parámetros evaluados; su administración es muy útil en una evaluación inicial. Algunos ejemplos son los siguientes: listado de intereses (Matsutsuyu, 1960) o su versión adaptada (Kielhofner y Neville, 1983), *model of human occupation screening tool* (MOHOST; Parkinson, Forsyth y Kielhofner, 2006), *the community adaptive planning assessment* (CAPA; Spencer y Davidson, 1998), autoevaluación ocupacional (OSA; Baron, Kielhofner, Iyenger, Gold-hammer y Wolenski, 1986), *occupational circumstances assessment – interview rating scale* (OCAIRS, versión 4.0; Forsyth *et al.*, 2005), *client assessment of strengths, interests and goals* (CASIG; citado por Lecomte, Wallace, Caron, Perreault y Lecomte, 2004), listado de roles (Oakley, Kielhofner y Barris, 1985), la medida canadiense del desempeño ocupacional (COPM; Law *et al.*, 1998) o el cuestionario ocupacional (Riopel, 1981).

Estos instrumentos resultan útiles y prácticos dada la relativa rapidez de su administración, permiten identificar qué es realmente relevante para la persona y dan información al terapeuta para empezar a organizar la intervención. Es necesario adaptar su aplicación al lenguaje común, aquel que parte de conocer el saber profano que la persona evaluada presenta. De lo contrario, puede que lo que intentemos evaluar se aleje de lo manifiesto y latente que presenta la persona.

En el cuadro 11.2 de la página siguiente se ilustra un ejemplo del proceso de evaluación a través de seis preguntas. En este cuadro se pretende facilitar la reflexión sobre los procedimientos de evaluación para evitar la sobre utilización de sistemas que después tienen poca repercusión sobre la gestión de los casos.

11.4.1. Consideraciones prácticas para el proceso de evaluación

El cuerpo de conocimientos acumulado con el paso de los años a través de la formación y de la experiencia práctica se desarrolla y evoluciona. La incorporación de conocimientos a nuestro razonamiento teórico, y la reflexión sobre ellos, permite ajustar nuestra práctica a la realidad de las personas. Y no resulta una excepción el proceso de evaluación. El modo actual de concebir, diseñar y ejecutar la evaluación ocupacional dista mucho del de los inicios en la carrera profesional; así como dista del que se usaba al comienzo de la práctica en un servicio. La experiencia y la formación profesional deben predisponer al terapeuta ocupacional a seleccionar los instrumentos más adecuados para cada situación con relación a la información buscada.

Cuadro 11.2. Esquema del proceso de evaluación

1. ¿Cómo voy a evaluar a la persona? – Individual o en grupo – En el entorno terapéutico o comunitario	4. ¿Qué pretendo extraer?	5. ¿Cuál es la metodología?	6. ¿Cuáles son las técnicas de evaluación utilizadas?	Ejemplos
2. ¿Qué dimensión evalúo? – Proyecto de vida – Vocación ocupacional – Desempeño ocupacional – Bienestar – Entorno físico y social – Ambientes y contextos	– Datos	– Cuantitativa	– Cuestionarios heteroaplicados o autoaplicados – Sistemas de monitorización – Observación estándar	– BELS, OPHI-II (escala de puntaje), WHODAS-II, etc. – Registros de asistencia, etc. – Puntuación en hoja de indicadores y puntaje
	– Narrativas	– Cualitativa	– Entrevistas – Relatos de vida – Autoevaluaciones – Evaluaciones proyectivas	– H. de vida – G. proyecto de vida – Tutorizaciones o grupo de agenda – Intervención a través del cuerpo o el arte
3. ¿Cómo es la evaluación? – Inicial, seguimiento, final.				

A menudo encontramos en las instituciones protocolos de evaluación creados hace años a partir de unas características concretas que en su momento tuvieron sentido y coherencia con la realidad. Protocolos que con el paso del tiempo no se han revisado ni adaptado a las nuevas circunstancias asistenciales, a los cuales los profesionales se han ido amoldando y acogiendo sin ser conscientes de que son ellos los que deben adaptarlos según sus criterios. Y si bien estos hechos parecen propios de los servicios, también lo son del razonamiento de cada uno de los profesionales, que se sienten seguros y cómodos con la administración de una o varias escalas de evaluación desde hace años

porque así lo exige el sistema, sin expectativas de incluir o cambiar a otros instrumentos de mayor idoneidad en relación con población atendida. Cuanto mayor sea nuestra perspectiva acerca de las herramientas de evaluación, mayor será el criterio de elección sobre estas. A continuación destacamos algunas consideraciones prácticas para el proceso de evaluación.

A) Determinar los indicadores que se quieren evaluar en congruencia con los diferentes métodos

La finalidad y las variables de los métodos reflejan las tendencias teóricas de los autores, y delimitan su desarrollo a los factores sociales y culturales de su comunidad de origen. Estos aspectos reducen la posibilidad de aplicar la herramienta y de obtener los mismos índices de fiabilidad si son aplicadas en otras poblaciones. La variedad en las dimensiones incluidas en las diferentes herramientas que evalúan la misma área implica estar familiarizado con las diferentes alternativas y utilizar la mejor, adaptada a las características y necesidades de la persona. La evaluación de unas variables y no de otras se plasma en resultados diferentes que marcan la planificación y diseño de programas de intervención. Debemos conocer las variables de cada método para determinar la utilidad de acuerdo con el área objeto de evaluación y con la finalidad.

B) Elegir el formato de la técnica e instrumento de evaluación

La elección de un formato u otro dependerá a su vez de un conjunto de factores que el terapeuta ocupacional considera, como, por ejemplo, la preferencia del profesional o las oportunidades de observar el desempeño y participación de las personas en los contextos. Esta elección implica una serie de planteamientos, tales como el tiempo de aplicación de algunas escalas o la fiabilidad en los autocuestionarios. Este último ejemplo genera cierto debate entre algunos evaluadores, quienes consideran la percepción y opinión subjetiva del evaluado con menos relevancia e interés que la información obtenida de manera objetiva. Aun así, una de las partes fundamentales de la evaluación es la voz de la persona, la cual siempre debemos escuchar y entender. Su historia de vida y su punto de vista sobre las situaciones pasadas, presentes y futuras, su experiencia subjetiva (temática alucinatoria y/o delirante), la experiencia de la persona en los diferentes momentos y escenarios de vida, la manera de vivirlas, cómo participa y cómo las gestiona… todos son puntos que deben suponer un factor esencial en el proceso de evaluación. Al fin y al cabo es la persona el centro de nuestro quehacer diario, de nuestro razonamiento, y la que da sentido a la disciplina.

C) Ser conscientes de la estandarización y validación

Las herramientas de evaluación estandarizadas permiten al evaluador su aplicación a sabiendas de que estas han sido desarrolladas bajo criterios específicos de administración, puntuación e interpretación de resultados. Este apartado es importante si se pretende realizar investigación de la práctica que se desempeña. Las evaluaciones estandarizadas permiten la comparación de los resultados sobre la misma persona y otras, los criterios de administración son claros e iguales para todos los profesionales y permiten otorgar coherencia a la interpretación de los resultados (Rao, 2013). Según este autor, otras características que deben cumplir las herramientas de evaluación, y que deben ser tenidas en cuenta por el profesional para ser utilizadas, son las siguientes: *validez*: indica si una herramienta es válida para medir aquello para lo que fue desarrollada; *sensibilidad*: es la capacidad de la herramienta para medir el cambio en un ítem concreto o área en el tiempo; *cambio mínimo detectable*: indica si el cambio en la función refleja que el cambio es mayor que la variación aleatoria; *cambio mínimo clínicamente importante*: se refiere a la relación existente entre un cambio, por mínimo que sea, en la puntuación de los ítems con la percepción significativa de la persona; *fiabilidad*: consistencia entre mediciones repetidas realizadas por una herramienta de evaluación cuando no ha habido cambio en la función, las formas más conocidas de fiabilidad son los test-retest entre evaluadores y la consistencia interna.

Nunnally y Bernstein (1994) enumeran un conjunto de ventajas de las que disponen las pruebas estandarizadas:

1. Proporcionan un medio objetivo de medir un concepto específico.
2. El concepto es definido operacionalmente y puede ser cuantificado.
3. La comunicación entre los profesionales que administran la prueba es ágil gracias a un entendimiento común del concepto.
4. Cuando es apropiado, un auxiliar de terapia ocupacional puede administrar una evaluación estandarizada, lo que reduce el costo de administración.
5. La generalización de los resultados es facilitada por una prueba estandarizada bien desarrollada.
6. Sin estandarización no hay seguridad de que se mida el concepto que se intenta medir, que las puntuaciones sean confiables o que se minimicen las fuentes de variación en las puntuaciones derivadas.

Y si bien las recomendaciones respecto al uso de herramientas estandarizadas son evidentes, en ocasiones pueden chocar con la realidad práctica del terapeuta ocupacional puesto que no suelen ser caminos paralelos en términos temporales. Es decir, las necesidades y demandas de las personas evaluadas no se corresponden en su totalidad con el abanico de herramientas estandarizadas disponibles a las que los terapeutas tienen acceso.

En ocasiones, el hecho de disponer de un conjunto de pruebas de evaluación condiciona el planteamiento y acción en el proceso, dando por supuesto que hay que medir las áreas o capacidades para las que fueron creadas sin contemplar la conveniencia

o no de su administración. Y si bien es cierto que debemos intentar evitar al máximo la subjetividad para la interpretación de resultados, y las individualidades de cada profesional en el estilo de administración de las pruebas, también lo es que deberíamos poder medir todas aquellas dimensiones que aún no gocen de pruebas estandarizadas relacionadas; ¿o es que debemos no medirlas porque no disponemos de ellas? Difícilmente se pueden estandarizar conceptos como la amistad, el compañerismo, el valor de la familia o la felicidad, valores que a su vez son comúnmente identificados como importantes en las vidas de las personas que sufren un trastorno mental y, por tanto, como ejes sobre los que basar futuras líneas de intervención.

En la práctica, los terapeutas ocupacionales se ven obligados a modificar algunas de las características de la prueba en función de la persona evaluada, ello sesga los resultados. Si bien la teoría nos alienta y recomienda mantenernos concienzudos en nuestro razonamiento pragmático y teórico, la práctica nos exige y enseña a ser flexibles y estar predispuestos al cambio.

D) Considerar los tiempos de administración necesarios y disponibles

Otro factor clave en la elección de las herramientas de evaluación es el tiempo. A menudo en la práctica diaria no existe tiempo suficiente para desarrollar determinados métodos, para explicar a los usuarios todas las instrucciones necesarias para ponerlos en práctica o para hacer una entrevista estructurada completa. El tiempo de administración de un instrumento suele estar indicado de manera aproximada en el manual de aplicación, el cual variará dependiendo de la familiarización del evaluador con la herramienta y de sus habilidades para recabar la información deseada. Algunos instrumentos de evaluación llegan incluso a sugerir su aplicación en momentos y días diferentes teniendo en cuenta la extensión del mismo y la sobrecarga que le puede suponer al evaluado. El tiempo necesario para la administración de cualquier sistema de evaluación resulta fundamental en la elección de uno u otro, sobre todo teniendo en cuenta las cargas de trabajo existentes en el día a día profesional. Por el contrario, existen otros de administración rápida que, si bien satisfacen esta carencia de tiempo y permiten un acercamiento inicial al caso, son poco sensibles a los cambios en la función y desempeño de la persona, y aportan información limitada en relación con el área evaluada, que, tarde o temprano, deberá ser contrastada y complementada. Por ello, no resulta aconsejable administrar herramientas si no se dispone del prerrequisito temporal mínimo para ello; lo cual obliga a:

- Explorar la variedad de métodos de evaluación existentes que se administren de acuerdo con la disponibilidad temporal del terapeuta ocupacional.
- Flexibilizar los tiempos destinados a evaluar dentro de la rutina horaria según las necesidades.

E) Comprender la complejidad en la administración y recogida de datos

Ciertas pruebas de evaluación incluyen vocabulario técnico específico, así como un extenso y complejo manual de instrucciones y leyendas de códigos sin los cuales no sería posible interpretar los resultados obtenidos. Hacer de este aspecto algo ágil para la práctica resulta difícil, más cuando el evaluador no está formado ni familiarizado con los mismos. La búsqueda de herramientas que requieran del evaluador un aprendizaje específico para su administración puede resultar un factor clave en la elección de uno u otro, todo depende de la predisposición del profesional a ello y de la percepción de utilidad otorgada a la herramienta en cuestión.

F) Calibrar la accesibilidad y el coste-beneficio de los métodos e instrumentos

Muchos métodos de evaluación, sus manuales y cuestionarios pueden ser adquiridos previo pago. El condicionante económico puede suponer una limitación para la adquisición y uso de una herramienta de evaluación determinada. Ciertas instituciones facilitan el acceso de los profesionales a las mismas gracias a la disponibilidad de partidas presupuestarias destinadas a invertirse en los diferentes programas de tratamiento no farmacológicos, incluyendo la compra de baterías y escalas de evaluación. El no disponer de los recursos económicos necesarios para adquirirlas restringe inmediatamente la posibilidad de uso de un número concreto de herramientas, de las cuales queda a disposición del profesional una cantidad menor. Por esta razón debemos considerar todas las técnicas de evaluación (observación, autoevaluación, etc.) para seleccionar la más adecuada, en términos de efectividad y eficiencia, para cada situación y entorno.

12

Síntesis del proceso de evaluación: ejemplos prácticos

El proceso de evaluación puede ser extenso y recoger gran cantidad de información; parte de la cual puede no ser útil para elaborar el perfil ocupacional y definir los objetivos de intervención. En la figura 12.1 se presenta un esquema con los pasos más relevantes del proceso de evaluación.

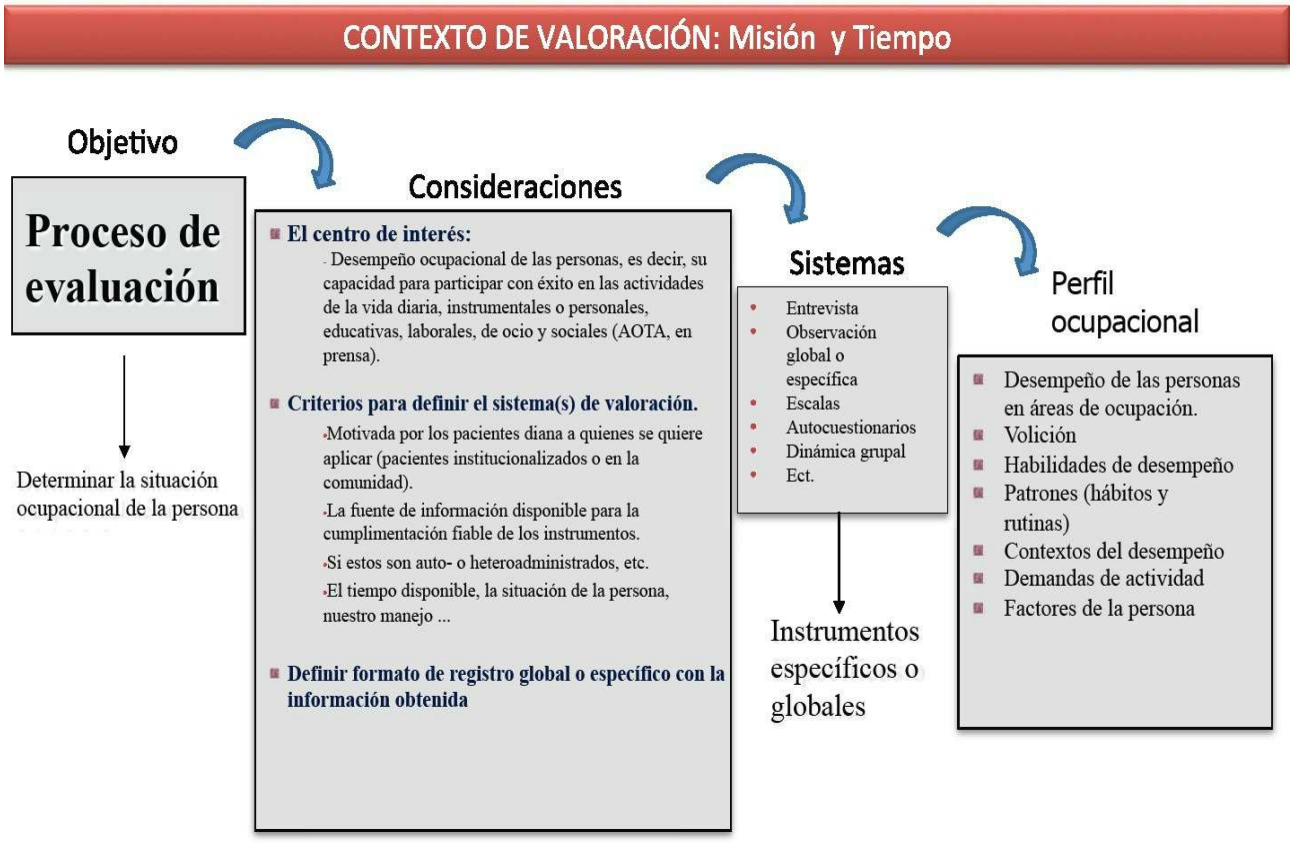


Figura 12.1. Esquema del proceso de evaluación de terapia ocupacional.

Sintetizar consiste en extraer los datos más importantes del proceso de evaluación aplicado. Este proceso implica unas habilidades que el terapeuta ocupacional debe poseer o desarrollar para que la síntesis resulte eficaz:

- *Organización:* Es necesario un orden que facilite al evaluador extraer los datos útiles.
- *Integración:* La información independiente y distante entre sí debe ser combinada en las mismas líneas para que de forma conjunta tenga coherencia.
- *Análisis:* Toda síntesis nace de un proceso previo de análisis, hay que saber leer entre líneas. Obtener y analizar la información relevante obtenida en el proceso de evaluación no resulta sencillo, pero se ha de llevar a cabo el ejercicio de entender los datos más allá de los resultados obtenidos de manera literal.
- *Interpretación:* La narrativa del evaluado, en ocasiones con limitaciones en las capacidades de comunicación e interacción, o con la interferencia de mensajes "encriptados", se ha de hacer comprensible para organizar el razonamiento profesional en relación con la persona. Hay que transformar los resultados de las evaluaciones en mensajes coherentes para otros profesionales que trabajan con la persona, facilitando el diálogo sobre el caso y su gestión entre todas las partes implicadas.
- *Validación:* Cambiar la forma del mensaje (números por palabras o las palabras en sí) no conlleva adulterar los resultados obtenidos. Las conclusiones que se puedan extraer deben ser comparadas de nuevo con la fuente de referencia para asegurar que la información o mensaje que desea ser transmitido siga manteniendo su autenticidad.

Existen diversas formas de sintetizar la información: esquemas, resúmenes, mapas conceptuales, tablas o diagramas, son algunos de los ejemplos existentes. Cada profesional selecciona aquel método con el que se siente más cómodo para gestionar la información obtenida en la evaluación, sin olvidar el motivo por el cual está llevando a cabo dicha síntesis. En la actualidad se utilizan como sistemas de síntesis los perfiles ocupacionales y/o informes de terapia ocupacional. Ambos sistemas deben presentar las siguientes características:

- *Claridad:* Con una lectura rápida, el terapeuta ocupacional, o cualquier profesional puede identificar y comprender los datos relevantes y la relación existente entre ellos. No debe obligar a una reflexión profunda para entender lo que está leyendo y debe facilitar la creación de una imagen general del caso aun sin haber estado en contacto.
- *Agilidad:* La síntesis de la información obtenida en los métodos de evaluación

debe facilitar el trabajo del terapeuta ocupacional. Si bien elaborarla requiere una necesaria dedicación, una vez hecho permite acceder a la información de manera rápida y directa, y solo es necesario invertir un corto tiempo en su búsqueda y procesamiento.

- *Utilidad:* La síntesis de la información obtenida en las diferentes evaluaciones debe responder a un motivo que justifique su desarrollo y finalidad. No es lo mismo elaborar la información para un informe dirigido a los familiares que elaborarla para un informe dirigido a los profesionales de otro servicio. El profesional debe adecuar la terminología o apartados para plasmar de forma clara los datos relevantes. Tanto en la evaluación "descriptiva" como en la "cuantitativa" la síntesis debe ser de utilidad para la persona y para el proceso de intervención.

Existe un debate sobre la síntesis estadística y los registros narrativos. En los sistemas de atención actual se han de confeccionar registros y realizar análisis estadísticos para medir la evolución de los individuos y la población, informatizar estos elementos significa simplificar la gran cantidad de datos que se pueden generar desde la evaluación ocupacional. Para mantener la esencia de la disciplina, los registros narrativos son imprescindibles. Ambos sistemas deben coexistir en la síntesis del proceso de evaluación.

En conclusión, existe consenso en el contenido de la síntesis, pero no en el formato; en la práctica los más utilizados son los sistemas de síntesis mediante informes o perfiles ocupacionales.

Para facilitar los aspectos expuestos en el capítulo anterior hemos considerado describir de forma breve y práctica la síntesis del proceso de evaluación en este capítulo, presentando ejemplos prácticos. La finalidad es ilustrar algunos ejemplos de perfiles ocupacionales e informes que se están aplicando en diferentes contextos laborales. El perfil ocupacional es un instrumento esencial en la práctica de la profesión: proporciona el conocimiento de la historia ocupacional del cliente, su forma de vida, intereses, valores y necesidades. Existen actualmente diversos formatos para elaborar el perfil ocupacional.

Algunos de los perfiles presentados se han elaborado en nuestra práctica profesional, por tanto, no están estandarizados ni validados, pero sí están adaptados a los sistemas de atención en los que trabajamos. Estos perfiles permiten medir los cambios y evolución de las personas. El diseño utilizado en estos perfiles ocupacionales facilita la informatización de los datos, aspecto esencial en los servicios de atención. Quizás es otro de los desafíos para la disciplina, informatizar instrumentos globales como medio para evidenciar los beneficios de la intervención ocupacional. En los apartados 12.1 y 12.2 se ilustran dos ejemplos de perfiles ocupacionales. Uno de ellos elaborado con un modelo teórico de la profesión, el otro se ha elaborado utilizando diferentes fuentes y su diseño está adaptado para encajar el proceso de evaluación con la cultura y el sistema en una experiencia laboral Asimismo, en los apartados 12.3 al 12.5 se ilustran ejemplos de informes elaborados en diferentes escenarios en la práctica actual. Los informes no deben ser extensos y el diseño depende del diferentes variables, como el lugar de trabajo, la

perspectiva del terapeuta ocupacional o las demandas del servicio o entidad que recibe el informe.

12.1. Perfil ocupacional basado en un modelo teórico

Por las dimensiones y extensión del manual hemos considerado ilustrar un ejemplo de un perfil diseñado desde el modelo de la ocupación humana (Kielhofner, 2005). Perfil elaborado en una situación real de un centro de rehabilitación psicosocial (CRPS).

Análisis de fortalezas y limitaciones

Pablo es una persona asentada, madura y de convicciones solidarias y familiares. Presenta habilidades innatas y trabajadas a lo largo del tiempo relacionadas con el arte, los idiomas, las aptitudes físicas… que permitirían la participación en actividades relacionales. Se presenta, no obstante, como una persona hermética, dueño fiel de sus pensamientos y sus sentimientos, que, en ocasiones, le generan dificultades para cumplir las demandas externas y facilitar vinculaciones mayores.

Con respecto a su proceso de motivación, este se ha ido dibujando y concretando con el tiempo. En un inicio parece que la motivación iba muy dirigida a una línea encaminada a materias vinculadas a las ciencias y, aunque no ha verbalizado una elección concreta, Pablo se ha permitido explorar una línea relacionada con el arte. Parece que la línea motivacional que más interés y resultado eficaz despierta en Pablo es la vinculada al arte. Sus metas a largo plazo no las dibuja claras, requieren un mayor *locus* de control interno que le permita cierto sentido de empoderamiento junto a una exploración y consolidación de estas de una forma más precisa. Presenta un bajo sentido de eficacia dada la autoexigencia que le caracteriza. Pablo se construye en constructos tales como lo "que debería", "el hijo que esperaban…", "el lucro", etc. que pueden limitar el desarrollo de su potencial.

Sus habilidades motoras se encuentran intactas, así como sus habilidades de procesamiento. Estas apoyan su desempeño en todas las áreas. Sus habilidades de comunicación e interacción parecen encontrarse limitadas en su desempeño en momentos donde no se percibe en relación con sus pares (tareas vinculadas a ciencias, otros iguales en el CRPS…), parece destacarse en eficacia cuando la demanda del ambiente no la percibe como amenazante (tareas vinculadas al arte). Estas dificultades parecen hacerse más patentes cuando Pablo siente que tiene que rendir en las tareas que se autoimpone (en lo que "debería"), lo cual interfiere en una proyección a medio y largo plazo. Pablo tiende a no ser asertivo en las indicaciones del ambiente familiar y lleva a cabo un ejercicio de condescendía y cierta sumisión, aunque no esté ligado a su deseo. Pablo no se percibe con demandas explícitas de su entorno más inmediato, lo que le lleva a una falta de habituación.

En las ocasiones en las que Pablo se muestra en fase de "tumbado", las exigencias de su ambiente no se hacen tan patentes. Esto, junto con el fomento de otro tipo de demandas, puede mejorar la eficacia en la responsabilidad. La sobreprotección y dependencia familiar generadas a través del tiempo pueden favorecer el desarrollo de valores hacia el sentido de comodidad. Se sugiere seguir fomentando la exploración en lo relacionado con el arte en paralelo a ir dibujando en el escenario un posible apoyo desde un proceso de rehabilitación laboral. De este modo, el proceso de intervención está orientado y centrado en la persona y en la familia.

Instrumento de rastreo utilizando el modelo de ocupación humana (MOHOST)

Cliente:……Pablo. Edad: …36 años… Fecha de Nacimiento: 27 / 09 / 76. Sexo: Masculino / Femenino □ Condición: Paciente interno□ Paciente externo□ Etnia: Blanco □ Negro □ Asiático □ Otro: …… Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide	Responsable: ……Ana. TO Categoría:….Terapeuta ocupacional…… Dato del primer contacto: 03 / 08 / 2010. Dato de aplicación: 10 / 06 / 2013. Contextos de tratamiento:….CRPS……..
4 Fuerza. Facilita la participación ocupacional 3 Dificultad. Permite la participación ocupacional 2 Flaqueza. Restringe la participación ocupacional 1 Problema. Inhibe la participación ocupacional	

Motivación para la ocupación				Patrones de ocupación				Competencias de comunicación e interacción				Competencias de desempeño				Competencias motoras				Ambiente			
Análisis de capacidades	Expectativa de cambio	Intereses	Compromiso	Rutina	Adaptabilidad	Responsabilidad	Roles	Competencias no verbales	Conversación	Expresión verbal	Relaciones interpersonales	Conocimiento	Planificación	Organización	Resolución de problemas	Postura	Coordinación	Fuerza y esfuerzo	Energía	Espacio físico	Recursos físicos	Grupos sociales	Exigencias de la ocupación
4	4	**4**	4	4	**4**	**4**	4	**4**	**4**	4	4	4	**4**	**4**	**4**	4	4	**4**	**4**	**4**	**4**	4	**4**
3	**3**	3	**3**	**3**	3	3	**3**	3	3	**3**	**3**	**3**	3	3	3	**3**	**3**	3	3	3	3	**3**	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Sumario de clasificación. Intervenciones. Uso del arte.

- Taller de Megaló. Danza, teatro, inglés, taller de danza.
- Beca. Taller de arte pintura. Museo del Prado.
- Círculo de Bellas Artes PCEA. Museo Thyssen: guía del museo, tour thyssen, voluntariado pilates.

Motivación para la ocupación		
Análisis de capacidades – comprensión de fortalezas y limitaciones – autoconsciencia y realismo – confianza en su competencia	4	Realista, reconoce fortalezas, consciente de las limitaciones, demuestra confianza en sus capacidades
	3	Tendencia a sobrevalorar/subestimar sus propias capacidades, reconoce algunas limitaciones
	2	Sobrevalora/subestima sus propias capacidades llevando ocupaciones inadecuadas
	1	No reconoce ninguna de sus competencias, no es realista o no demuestra confianza en sus capacidades
		Comentarios:
Expectativa de cambio – optimismo	4	Anticipa sucesos y busca desafíos, confiando en la capacidad de poder superar obstáculos
	3	Tiene alguna esperanza de cambio, autoconfianza adecuada para algunas cuestiones. Percibe necesidad de

Motivación para la ocupación		
– autoeficacia – sensación de control – esperanza		ayuda.
	2	Necesita de apoyo para mantener la confianza en las relaciones, ser capaz de pasar obstáculos; o es excesivamente confiado
	1	Pesimista, se siente incapaz o excesivamente desconfiado, desiste ante los obstáculos
		Comentarios:
Interés – placer denegado – satisfecho – curioso – participativo	**4**	Entusiasmado, curioso, vivo, intenta nuevas ocupaciones, experimenta placer, perseverante, se muestra satisfecho
	3	Tiene intereses adecuados, tiene algunas oportunidades para experimentar intereses
	2	Dificultad para experimentar intereses, o intereses poco duraderos, ambivalente al escoger ocupaciones
	1	Se aburre con facilidad, incapaz de identificar intereses, apático, falta de curiosidad
		Comentarios:
Compromiso – valores y criterios – objetivos y proyectos – preferencias – sentido de propósito	**4**	Preferencias claras o de lo que es importante, motivado para trabajar objetivos de ocupaciones
	3	Generalmente capaz de poder hacer, poder necesitar de ayuda para establecer y trabajar en dirección a los objetivos
	2	Dificultad para identificar lo que es importante establecer o trabajar en dirección a esos objetivos, inconsistente
	1	No consigue establecer objetivos, impulsivo, caótico, los objetivos son inconsistentes o basados en valores antisociales
		Comentarios:

Patrón de ocupación		
Rutina – equilibrio – estructura – productividad – actividad	4	Capaz de organizar una rutina equilibrada que soporte las responsabilidades de sus objetivos
	3	Generalmente capaz de mantener un horario diario organizado y productivo
	2	Dificultad en organizar rutinas para responder a las responsabilidades ocupacionales
	1	Rutina caótica o inexistente, incapaz de soportar responsabilidades y objetivos (irregular/desequilibrada)
		Comentarios:
Adaptabilidad – anticipación – flexibilidad – respuesta al cambio – tolerancia a la frus-	**4**	Anticipa el cambio, altera las actividades y su rutina para responder a su exigencia (flexibiliza/adaptativo)
	3	Generalmente capaz de modificar el comportamiento, puede necesitar tiempo para el cambio
	2	Dificultad en adaptarse al cambio, pasivo o habitualmente lo hace de modo exagerado

Patrón de ocupación		
tración	1	Rígido, incapaz de adaptar rutinas o tolerar los cambios. *Comentarios:*
Responsabilidad – consciencia – asume expectativas – cumplimiento de obligaciones – acepta	**4**	Asume las responsabilidades con compromiso que corresponden a las expectativas (seguro)
	3	Acepta las responsabilidades de la mayoría de las personas, generalmente consigue utilizar *feedback* constructivo
	2	Dificultad en reconocer dificultades, evita responsabilidades extras o se siente excesivamente responsable
	1	Incapaz de reconocer responsabilidades, niega responsabilidades o responde inadecuadamente *Comentarios:*
Roles – desempeño – pertenencia – respuesta a la exigencia – variedad de roles	4	Tiene un sentido de identidad en sus roles ocupacionales, está comprometido con sus roles o se ajusta a la perfección
	3	Generalmente responde a sus obligaciones de diferentes roles o mantiene un rol principal productivo
	2	Desempeño limitado en sus roles o tiene dificultades para cumplir las exigencias de su rol o sobrecarga/conflicto
	1	Pobre sentido de pertenencia, tiene exigencias insignificantes de sus roles, no se identifica con ningún rol *Comentarios:*

Competencias de comunicación e interacción		
Competencias no verbales – actitud física – contacto visual – gestos – orientación	**4**	Lenguaje corporal adecuado (posiblemente espontáneo) de acuerdo a una cultura y las circunstancias
	3	Demuestra una capacidad para exhibir o controlar un lenguaje corporal adecuado
	2	Dificultad en controlar/exhibir un lenguaje corporal adecuado (retardado/limitado/desinhibido)
	1	Incapaz de exhibir un lenguaje corporal adecuado (ausente/incongruente/inseguro/violento)
		Comentarios:
Conversación – revelación de información – inicia y mantiene – contenido del discurso – lenguaje	**4**	Inicia, desenvuelve y mantiene una conversación adecuadamente (claro/directo/abierto)
	3	Demuestra una capacidad para usar un lenguaje o para transformar una conversación de forma eficaz
	2	Dificultad para iniciar, mantener una conversación (estresado/abrupto/limitado/irrelevante)
	1	No comunicativo, desarticulado, repetitivo o revela información inadecuada
		Comentarios:
Expresión verbal – entonación	4	Asertivo, articulado, usa el tono, volumen y ritmo adecuados
	3	Demuestra una capacidad para la expresión verbal

Competencias de comunicación e interacción		
– articulación – volumen – ritmo	2 1	Dificultad para expresar (poco claro/discurso forzado/monótono) Incapaz de expresarse (incomprensivo/demasiado silencioso o ruidoso/demasiado rápido) *Comentarios*:
Relaciones interpersonales – cooperación – colaboración – afinidad – respeto	4 **3** 2 1	Sociable, se presta, consciente de otros, mantiene el compromiso, amistoso, se relaciona bien con otros Demuestra competencias sociales Dificultad para cooperar con otros, o establece pocas relaciones positivas Incapaz de cooperar con otros o de establecer relaciones positivas *Comentarios:*

Competencias de desempeño

Conocimiento – procura y retiene información – utiliza conocimiento – uso de objetos – comprende, se orienta	4	Procura o retiene información relevante, selecciona instrumentos adecuadamente, muestra comprensión
	3	Demuestra una capacidad para procurar o retener información para usar instrumentos
	2	Dificultad para seleccionar o usar instrumentos, dificultad para pedir ayuda (desconocedor/confuso)
	1	Incapaz de completar la ocupación, desorientado o incapaz de usar instrumentos
		Comentarios:
Planificación – pensar en todo desde el inicio hasta el fin – noción temporal – concentración	**4**	Planifica anticipadamente, mantiene la concentración, inicia y completa la ocupación en los momentos adecuados
	3	Demuestra una capacidad para planificar antes y durante las ocupaciones
	2	Dificultad en planificar, concentración fluctuante o distraído, dificultad para iniciar y mantener las ocupaciones
	1	Incapaz de planificar anticipadamente, incapaz de concentrarse, incapaz de iniciar o completar las ocupaciones
		Comentarios:
Organización – organización de los espacios y los objetos – arreglado – preparación	**4**	Procura, reúne, alcanza eficazmente los instrumentos/objetos necesarios para la ocupación (arreglado)
	3	Demuestra capacidad para procurar, reunir y alcanzar los instrumentos/objetos necesarios
	2	Dificultad en procurar, reunir y alcanzar los instrumentos/objetos, se muestra desorganizado, desarreglado
	1	Incapaz de procurar, reunir y alcanzar los instrumentos y objetos (caótico)
		Comentarios:

Competencias de desempeño		
Resolución de problemas – adaptación – toma de decisión – reacción	**4**	Presenta un buen discurso, anticipa las dificultades, busca soluciones (racional)
	3	Demuestra una capacidad para tomar decisiones basadas en las dificultades que surgen
	2	Dificultad en anticipar y adaptar las dificultades que surgen, busca confirmación
	1	Incapaz de anticipar y adaptarse a las dificultades que surgen o toma de decisiones equivocadas
		Comentarios:

Competencias motoras		
Postura y movilidad – estabilidad – marcha – alineamiento – alcanzar – posicionamiento – flexibilidad – equilibrio – transferencia	4	Estático, erecto, independiente, flexible, buena amplitud de movimientos (postura ágil)
	3	Demuestra capacidad para mantener la postura y movilidad en las ocupaciones
	2	Pocas veces estático, lento o se mueve con dificultad
	1	Extremadamente inestable, incapaz de alcanzar, dificultad para caminar
		Comentarios:
Coordinación – manipulación – facilidad de movimientos – fluidez – competencias de motricidad fina	4	Coordina las diversas partes del cuerpo, utiliza movimientos fluidos (con destreza)
	3	Algunos movimientos desajustados o rígidos
	2	Dificultad para coordinar los movimientos (trémulo/desajustado/rígido)
	1	Incapaz de coordinar, manipular y utilizar movimientos fluidos
		Comentarios:
Fuerza y esfuerzo – presiona – levantar – manipular – transportar – mover – calibrar	**4**	Agarra, mueve y transporta objetos con seguridad y velocidad adecuadas (fuerte)
	3	Demuestra capacidad de fuerza y esfuerzo
	2	Tiene dificultad para agarrar, mover y transportar objetos con fuerza y velocidad adecuadas
	1	Incapaz de agarrar, mover y transportar objetos con fuerza y velocidad adecuadas (frágil)
		Comentarios:
Energía – resistencia – ritmo – atención – persistencia	**4**	Mantiene los niveles de energía adecuados, capaz de mantener el ritmo de la ocupación
	3	Demuestra una energía cuestionada (sea elevada o reducida)
	2	Dificultad para mantener la energía (se cansa fácilmente/evidencia de fatiga/distraído/inquieto)
	1	Incapaz de mantener la energía, falta de concentración, letárgico, inactivo o demasiado activo
		Comentarios:

Ambiente		
Espacio físico – casa – instalaciones de trabajo – privacidad o accesibilidad – estímulos	**4**	Proporciona una serie de oportunidades, soporta o estimula ocupaciones significativas
	3	El terapeuta ocupacional se cuestiona si el ambiente soporta adecuadamente ocupaciones valorizadas
	2	Proporciona una serie limitada de oportunidades y dificultades para el desempeño de ocupaciones valorizadas
	1	Restringe las oportunidades e impide el desempeño de ocupaciones valorizadas
		Comentarios:
Recursos físicos – económico – equipamiento e instrumentos – bienes materiales y transporte – seguridad e independencia	**4**	Permite que los objetivos ocupacionales sean alcanzados con seguridad, fácilmente e independientemente
	3	Tiene un impacto cuestionado y una capacidad para alcanzar los objetivos ocupacionales
	2	Ofrece un soporte para permitir alcanzar los objetivos ocupacionales con seguridad, fácilmente e independientemente
	1	Tiene un gran impacto para no alcanzar los objetivos ocupacionales, levanta dificultades
		Comentarios
Grupos sociales – dinámica familiar – amigos y soporte social – ambiente de trabajo – expectativas de desempeño	4	Ofrecen un soporte práctico, los valores y actitudes soportan un nivel óptimo de funcionamiento
	3	El terapeuta ocupacional cuestiona los grupos sociales debido al desempeño insuficiente o excesivo
	2	Ofrecen un soporte reducido o desvalorizado funcionamiento, se apoya en algunos grupos más que en otros
	1	No soporta el funcionamiento debido a la falta de interés o un desempeño inadecuado
		Comentarios:
Exigencias ocupacionales – actividades sociales – tareas de vida diaria – responsabilidades laborales y/o domésticas	**4**	Corresponde bien a las capacidades, intereses, energía y tiempo disponible
	3	El terapeuta ocupacional cuestiona las exigencias que corresponden a las capacidades, intereses, energía o tiempo
	2	Algunas discrepancias relacionadas con las capacidades e intereses, energía y tiempo disponible
	1	Incompatibilidad con las capacidades, motivación, poco o demasiado exigentes
		Comentarios:

12.2. Perfil ocupacional diseñado e implementado en un contexto clínico

El siguiente ejemplo corresponde al proceso de rehabilitación seguido por María en un contexto clínico. María es una mujer de 33 años diagnosticada de trastorno esquizofrénico de 12 años de evolución, con múltiples ingresos en unidades de agudos. María es derivada a la unidad de rehabilitación hospitalaria por claudicación de la familia y para iniciar un proceso de rehabilitación.

El proceso de evaluación se inicia en septiembre del 2014, aplicando diferentes instrumentos (entrevista histórica ocupacional, autoevaluaciones y observaciones específicas). En los meses de marzo y octubre del 2015 se realizan reevaluaciones para medir el proceso y observar las mejoras.

En la figura 12.2 se ilustra el resumen del perfil ocupacional de María. El diseño del informe se ha elaborado con el fin de informatizar el perfil ocupacional en la base general de datos del hospital, y para medir los cambios desde una perspectiva cuantitativa. Se han seleccionado siete dimensiones (identidad ocupacional, situación ocupacional, desempeño, habilidades, hábitos, rutinas y entornos ocupacionales) cada dimensión incluye diversos indicadores. Se han utilizado cuatro niveles de puntaje (1: disfunción ocupacional, 2: máximo apoyo, 3: mínimo apoyo, 4: óptimo). En todas las dimensiones se establece una media para evaluar la evolución en el tiempo. En este ejemplo se ilustran tres períodos de comparación.

Cada dimensión se ha seleccionado en función de las necesidades ocupacionales de la población atendida y considerando el contexto de intervención. Por ejemplo, en la primera dimensión (identidad ocupacional) se ha considerado incluir variables tales como proyecto de vida, felicidad, percepción de salud o elección. Esta priorización está vinculada a la visión descrita en el capítulo 3 de este manual. En cambio, en la dimensión "desempeño ocupacional" se han incluido diez variables de evaluación que provienen de instrumentos como el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization –Disability Assessment Schedule– WHODAS-II), la escala de valoración del ocio y tiempo libre (ETVOL) y de los indicadores del marco de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA).

El diseño del perfil ocupacional informatizado de datos se complementa con la descripción de cada dimensión en el curso clínico (perspectiva descriptiva). Se obtienen así las mejorías cualitativas y cuantitativas de cada situación individual.

Además de la informatización de datos, los procesos individuales de las personas se visualizan a través gráficos que ilustran la evolución en los diferentes períodos del proceso, tal y como se muestra en la figura 12.3. En este gráfico se pueden observar los tres períodos del proceso de rehabilitación de María. En todas las dimensiones del perfil ocupacional se percibe mejoría.

RESUMEN DEL PERFIL OCUPACIONAL

g.0	Perfil terapéutico: Rehabilitación

		Evaluaciones - periodo											
		Septiembre 2014				Marzo 2015				Octubre 2015			
	Identidad ocupacional	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
L1	Proyecto de vida	x					x					x	
L2	Motivación por la ocupación	x						x				x	
L3	Felicidad	x						x				x	
L4	Calidad de vida parte 1		x					x				x	
L5	Calidad de vida parte 2	25%	50%	75%	100%	25%	50%	75%	100%	25%	50%	75%	100%
L6	Percepción de Salud	x					x					x	
L7	Elección y control	x					x					x	
	Resultado media de identidad ocupacional	1, 1				2				3			

	Estado -situación ocupacional	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
E1	Energía/flujo	x						x				x	
E2	Recuros/desventajas		x					x				x	
E3	problemas y dificultades		x					x				x	
E4	entorno físico y social		x					x				x	
	Resultado media de situación ocupacional	1,75				3				3			

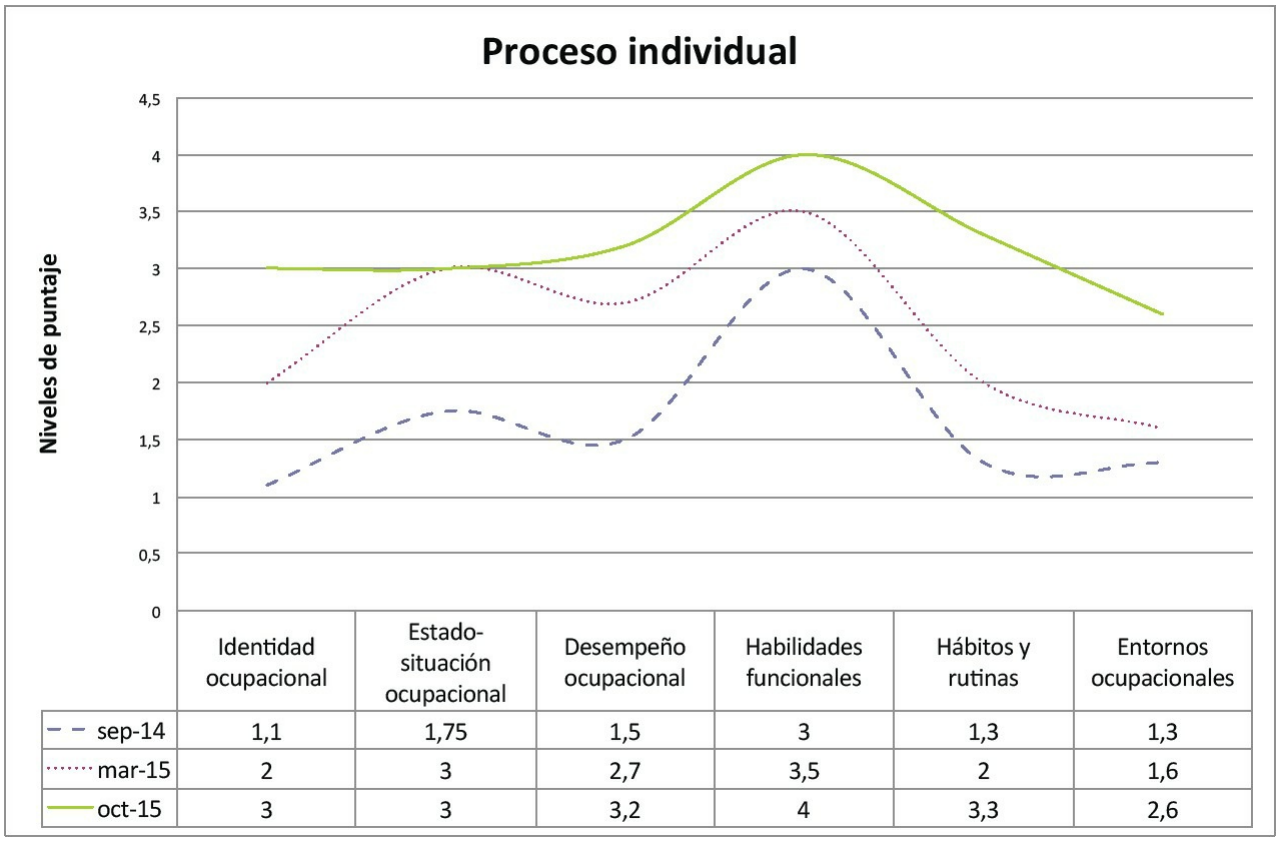
	Desempeño ocupacional	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
DO1	Comunicación y comprensión		x						x				x
DO2	Capacidad de moverse pr su alrededor		x					x					x
DO3	Cuidado personal		x						x				x
DO4	relacionarse con otras personas		x					x					x
DO5	AVD (Hogar)	x					x					x	
DO6	Participación en sociedad	x					x					x	
DO7	Ocio/ T.Libre	x					x					x	
DO8	Descanso y sueño		x						x				x
DO9	Ed.Formación	x					x				x		
DO10	Trabajo	x				x				x			
	Resultado media de desempeño ocupacional	1,5				2,7				3,2			

	Habilidades Funcionales	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
HF1	Habilidades de Comunicación e interacción		x					x					x
HF2	Habilidades de procesamiento		x					x					x
HF3	Habilidades motoras				x				x				x
HF4	Habilidades sensoriales				x				x				x
	Resultado media de habilidadesfuncionales	3				3,5				4			

	Hábitos y rutinas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
HR1	Rutina		x					x					x
HR2	Adaptabilidad		x					x				x	
HR3	Responsabilidades	x					x					x	
HR4	Roles	x					x					x	
HR5	Satisfacción de la rutina	x							x				x
HR6	Equilibrio ocupacional	25%	50%	75%	100%	25%	50%	75%	100%	25%	50%	75%	100%
	Resultado media de hábitos y rutinas	1,3				2				3,3			

	Entornos ocupacionales	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
EO1	Entorno físico y recursos en el hogar		x				x					x	
EO2	Entorno físico y recursos trabajo	x				x					x		
EO3	Entorno físico en y recursos de diversión	x					x					x	
EO4	Grupo social en el hogar (ambiente familiar)		x				x					x	
EO5	Grupo social en el trabajo	x				x					x		
EO6	Grupo social en la diversión	x					x					x	
EO7	Formas ocupacionales en el hogar	x					x					x	
EO8	Formas ocupacionales en el trabajo	x				x					x		
EO9	Formas ocupacionales de diversión	x				x					x		
E10	Soportes sociales	x					x					x	
	Resultado media de entornos ocupacionales	1,3				1,6				2,6			

Figura 12.2. Ejemplo del resumen de un perfil ocupacional.



	Identidad ocupacional	Estado-situación ocupacional	Desempeño ocupacional	Habilidades funcionales	Hábitos y rutinas	Entornos ocupacionales
sep-14	1,1	1,75	1,5	3	1,3	1,3
mar-15	2	3	2,7	3,5	2	1,6
oct-15	3	3	3,2	4	3,3	2,6

Figura 12.3. Gráfico de resultados del perfil ocupacional.

La práctica actual nos deriva al diseño de mecanismos ágiles, rápidos y visuales en los sistemas establecidos en los diferentes contextos laborales. Consideramos que otro de los desafíos de la profesión es la síntesis de los complejos procesos de evaluación, adecuando los resultados a las personas, las familias, los sistemas y las comunidades.

12.3. Informe de terapia ocupacional desde el ámbito sanitario al laboral

Este informe se realizó en terapia ocupacional para una persona procedente de los servicios de rehabilitación que debía incorporarse al empleo con apoyo.

Datos personales

- Nombre: Ana Isabel
- Edad: 21 años

- Fecha del informe: 28 de noviembre de 2014
- Motivo del informe: Incorporación a empleo (CEE)

Nivel formativo

- 4.° de la ESO sin finalizar
- Módulo de Educación de Adultos aprobado y otro suspenso
- Módulo de Auxiliar Administrativo sin finalizar
- Curso de Limpieza

Experiencia laboral

- Trabajo en la limpieza en casas (sin ser dada de alta)
- Cajera en supermercado
- Monitora en pista de hielo

Interés

Muestra un alto interés por el empleo, de ello depende su alta en la unidad de media estancia, y la posible recuperación de su hijo (en este momento en acogimiento)

Nivel de apoyos

Tras completar el curso de Limpieza se valora hacerle un contrato de trabajo en centro especial de empleo, comenzando primero por dos horas diarias para ir valorando la adquisición del ritmo laboral. Para facilitar el trabajo se ha elaborado, con la trabajadora, un protocolo de actividad en el que se indican las tareas que debe realizar y cómo ha de hacerlo, así como un espacio para que indique las posibles incidencias.

En la actualidad cuenta con un contrato de jornada completa (limpia en dos oficinas y una tienda). Se ha observado que cuando no se le estructura el tiempo empeora su rendimiento, por lo que por el momento se la sigue apoyando a través de los protocolos. Mantiene reuniones semanales de seguimiento que la ayudan a trabajar las dificultades que se puedan presentar.

Propuestas de mejora

Tiende a consultar cosas personales con los profesionales de los lugares donde trabaja.

Mejorar el aspecto personal. En un principio valora con alto interés el tener uniforme para trabajar, si bien hay días que no lo trae o lo trae arrugado o sucio, por lo que se está trabajando la importancia de la imagen hacia el

cliente, hacia los propios compañeros y hacia uno mismo.

12.4. Informe de derivación de terapia ocupacional desde los servicios de hospitalización al entorno residencial

Este informe de terapia ocupacional es un ejemplo práctico elaborado para la incorporación de una persona, desde los servicios de hospitalización al entorno residencial.

Datos personales

- Nombre y apellidos: Javier
- Fecha: 03/06/2010
- Programa de rehabilitación psicosocial: Unidad de subagudos y hospital de día

Situación basal

El perfil ocupacional de Javier al ingreso en la unidad de subagudos era el siguiente: *Disfunción ocupacional en las áreas* de actividades de la vida diaria, productividad y ocio tiempo libre, por grave afectación en las habilidades de desempeño (cognitivas y de comunicación). Asimismo mostraba déficits importantes en la volición, ya que requería un alto nivel de apoyo para participar, con ausencia de valores e intereses y una desorganización severa de hábitos y rutinas. La utilización de contextos se limitaba a los del entorno familiar.

Aspectos trabajados

Durante el proceso de rehabilitación (corta estancia hospitalaria y hospital de día), desde terapia ocupacional se ha trabajado la ocupación y se han desarrollado aprendizajes en:

- Las actividades de la vida diaria (AVD) básicas (regulación de hábitos de autocuidado), las instrumentales (hacer la cama, etc.), AVD comunitarias (utilización de servicios públicos, orientación y utilización de la comunidad, participación en salidas de terapéuticas: culturales, deportivas, sociales, etc.).
- *Habilidades sociales:* interacciona sin problemas en todos los grupos y actividades estructuradas que se le han ofrecido.
- *Habilidades prelaborales:* en actividades de montaje, con una tolerancia de una hora con buen rendimiento.
- *Habilidades de ocio y tiempo libre:* dentro de la institución (gimnasio,

actividades creativas y actividades lúdicas de forma grupal) y en la comunidad (cine comunitario, espectáculos, con supervisión).

- *Volición:* confianza personal, participación, compromiso y facilitación de oportunidades en diferentes contextos: dentro de la unidad, en la institución y en la comunidad.
- *Habituación:* adquisición de hábitos y rutinas congruentes, reduciendo el nivel de ayuda, previo al ingreso.
- *Ejecución:* mejora de la atención y concentración en tareas ocupacionales (automantenimiento, socialización y ocio). Dentro de la comunicación se ha trabajado el dominio físico (utiliza el lenguaje corporal: mirada, etc.), las relaciones interpersonales (participación en grupos grandes y pequeños). El intercambio de comunicación solo lo utiliza cuando tiene necesidades concretas.

Situación actual: junio del 2011

Actualmente Javier participa en el programa de rehabilitación y desarrolla su competencia ocupacional con mínima ayuda (estimulación para participar y recuerdo puntual de horarios), estructuración del entorno, conocimiento de los espacios, utilización de horarios semanales y adaptación de las actividades. Tiene mejor desempeño en actividades de ejecución, aunque prevalecen dificultades en la planificación que corresponden a una media de 4.2 en el inventario de tareas rutinarias de C. K. Allen.

Aspectos del perfil ocupacional que se han de considerar

- Necesita ayuda en la gestión y manejo del dinero, orientación en nuevos recorridos en su entorno inmediato y en elaborar nuevas alternativas en su rutina.
- Evitación de la sobreinformación en las actividades, funciona con *locus* de control externo (necesita que le estructuren las actividades), tolerando una rutina media de actividad (actividades mañana y tarde).
- Requiere proceso de vinculación a las nuevas alternativas.

12.5. Informe de alta de terapia ocupacional desde el CRPS al centro de salud mental

Nombre/apellidos: Joaquín
Inicio del proceso: 23-11-05
Valoración inicial del perfil ocupacional: noviembre 05

Área de identidad ocupacional

Los indicadores más afectados son:

- El sentimiento de autoeficacia y el sentido de capacidad, ya que Joaquín remarca con frecuencia sus limitaciones y el sentimiento de fracaso previo a la realización de cualquier actividad.

- Necesita ayuda en las elecciones ocupacionales, ya que elige actividades, pero presenta dificultades para decidir ocupaciones a largo plazo; actúa por *locus* de control externo.

- Presenta un patrón de intereses definido (de tipo intelectual y de carácter individual la gran mayoría)

- Necesitaba apoyo para participar en ellos.

Área de competencia ocupacional

- Es el área más afectada (hábitos, en estilo y tiempo). La rutina previa al inicio está marcada por un desequilibrio ocupacional, con muchos momentos de inactividad y con un desempeño centrado en el hogar familiar. Rutina con la que Joaquín manifiesta no sentir satisfacción. El nivel de competencia ocupacional observado al inicio era aceptable, con un buen desempeño en actividades de la vida diaria, en el manejo de servicios públicos y de la comunidad, así como en actividades de ocio individual.

Área de contextos ocupacionales

Se observa un desempeño ligado al contexto familiar, con utilización del contexto comunitario de forma individual o con la hermana. Por lo que él comenta, en los últimos diez años no ha tenido contacto con contextos laborales.

Aspectos trabajados

Durante un período de tres meses se han trabajado dos áreas de rehabilitación ocupacional:

- *1.^{er} área:* En las distintas actividades que ha desarrollado se ha reforzado el sentimiento de autoeficacia a través de actividades de ocio, cortas en un inicio y que facilitaran el éxito, en contextos adaptados (pocas personas y con apoyo intermitente), y la identificación del estilo de vida al alta, con el conocimiento de sus habilidades y limitaciones, desarrollado a través de grupos de planificación, intervención individual (asesoramiento

ocupacional) y pruebas de realidad en el contexto terapéutico.

- *2.ª área:* Se ha trabajado el proceso de habituación, sobre todo en tiempo, desarrollando durante estos tres meses una rutina, organizada con ayuda, sin ningún tipo de problema, teniendo Joaquín control sobre los horarios y espacios donde se realizaba. También ha participado en un contexto prelaboral, adaptándose sin problemas al ritmo de trabajo, al desempeño de la tarea y a las indicaciones del monitor. En el último período ha iniciado un proceso de exploración-aprendizaje en la utilización del ordenador (abrir, cerrar, manejo del ratón, búsqueda de archivo o documento, etc.).

Situación actual del perfil ocupacional: perfil ocupacional 28/02/06

- *Área de identidad ocupacional:* Actualmente sigue necesitando asesoramiento y refuerzo en el sentimiento de autoeficacia. Conoce sus habilidades y tiene mayor confianza en su desempeño. A pesar de explorar nuevas alternativas de ocio (deporte, actividad artística, desarrollo social en grupo), mantiene su patrón de intereses previo, aunque requiere estimulación para desarrollarlos. Tiene autonomía para manejar sus elecciones, aunque requiere ayuda para decir no en aquellas actividades que se le ofrecen y de las que no obtiene satisfacción personal.
- *Área de competencia ocupacional:* Tiene buen repertorio de habilidades funcionales (autonomía, prelaborales y de ocio y tiempo libre). Necesita asesoramiento para organizar el tiempo y desarrollar una rutina satisfactoria, así como para el desarrollo de actividades colectivas en las que necesita estructuración y soporte.
- *Área de contextos ocupacionales:* Necesita entornos laborales y de ocio y tiempo libre organizado y adaptado para facilitar su desempeño ocupacional.

13

La planificación e intervención individual

La planificación y la intervención son partes del proceso que requieren la puesta en marcha de un conjunto de habilidades técnicas por parte del profesional. La planificación, el diseño y la implementación conllevan el análisis y la reflexión acerca de la información obtenida en la evaluación para transformarla en objetivos y acciones de intervención. Este trabajo requiere de tiempo y momentos adecuados para pensar y tomar las decisiones más convenientes.

Planificar e intervenir implica, por una parte, negociar con el usuario y obtener el compromiso para la vinculación y participación en los diferentes espacios (clínicos o comunitarios) considerados necesarios y relevantes para la consecución de los objetivos establecidos en el proyecto personal. Por otra parte, es necesario consensuar con el resto de profesionales del equipo los objetivos terapéuticos a partir de los cuales se marcan las bases de las futuras líneas de actuación a través de los planes terapéuticos individuales (PTI), programas individuales de rehabilitación (PIR), planes individuales de atención integral (PIAI), etc. Si la puesta en marcha de los programas depende de otros profesionales, es lógico pensar que hay que involucrarlos desde el principio estableciendo espacios y momentos de negociación de acuerdo conl plan individualizado de atención. La persona es el centro de cualquier intervención y, por tanto, debe estar en la planificación de cualquier acción.

13.1. El marco de los escenarios y la negociación

Existen escenarios laborales que limitan las propuestas de mejora que implican cambios. Algunos programas pueden ser lineales, basados en rutinas y no ofrecer retos ocupacionales, lo que se traduce en programas ocupacionales estandarizados de carácter generalista que aseguran el control sobre lo que hacen las personas a las que se les presta la atención. Debemos ser estrategas y combinar las demandas de la población con la filosofía del sistema (y a menudo con la de las personas que lo dirigen), integrando lo que esperan de nosotros como profesionales con la realidad asistencial de las personas. Debemos saber dónde y con quién negociar y exponer los planteamientos adecuados (y a qué nivel), buscar apoyos en los compañeros de trabajo o esperar al momento oportuno.

Las necesidades y demandas individuales y colectivas cambian continuamente, y los planteamientos profesionales que se traducen en una oferta ocupacional específica deben ajustarse a las mismas. Los profesionales no podemos estancarnos en la queja permanente y alegar que algo no se puede hacer, o que se hace de determinado modo, por causas externas. Nosotros formamos parte de este sistema y, en consecuencia, estamos implicados en tales acontecimientos y tenemos la obligación de expresar nuestro parecer profesional al respecto y cambiar esta situación. Si queremos producir un cambio en el contexto que permita una planificación basada en la población atendida, debemos iniciarlo en nosotros. Dejar de lado las inseguridades profesionales y el temor a exponer nuestras ideas supone romper con la dinámica negativa que impide visualizar la realidad asistencial desde una óptica basada en el cambio.

Para planificar e intervenir es imprescindible conocer los recursos existentes y necesarios, así como la disponibilidad de los mismos. Es decir, qué oportunidades de participación existen, tanto en los servicios sanitarios como en los recursos comunitarios, y cómo su presencia, ausencia o gestión condicionan la planificación de las intervenciones. No resulta lógico pensar en programas deportivos que implican un coste económico por el uso de las instalaciones, si muchas personas no pueden llegar a costearlo; o programas de carácter cultural que incluyan visitas a museos cuando hay que desplazarse fuera de la ciudad con los recursos que ello conlleva; o solicitar la colaboración de un número determinado de profesionales para llevar a cabo un programa concreto cuando sabemos que tal número no existe ni en el total de trabajadores de la empresa. Identificar los factores inhibidores de cambio permite reconocer sobre qué puntos hay que actuar y qué manera resultará la más eficaz para ello. Una planificación realista implica tener en cuenta múltiples factores, lo que permite al terapeuta ocupacional tener la base para crear nuevas oportunidades y líneas de intervención que se alejen de aquellas basadas en el control asistencial y acercarse un poco más a aquellas que las personas necesitan.

La planificación conlleva la reflexión acerca de cómo alcanzar determinados objetivos por unos medios específicos puestos a disposición de las personas y de los profesionales en beneficio de los primeros. Y es en ciertas ocasiones, ante la inexistencia de determinados recursos o cuando estos son insuficientes para la consecución de los objetivos, es cuando el terapeuta debe ser imaginativo y crear nuevas posibilidades, contemplando la viabilidad institucional de su implantación y del impacto sobre las personas a las que se dirige. Conseguir los objetivos establecidos para cada persona en su proyecto de rehabilitación no es un trabajo predeterminado por los profesionales ni por las condiciones de los sistemas de trabajo. Cada situación implica pensar cuál es el mejor itinerario de acuerdo con las necesidades y requerimientos. La consecución de objetivos terapéuticos descritos de manera similar por los profesionales implica un camino que debe ser tan único como lo son las personas.

Determinar las necesidades y demandas de las personas debe suponer el inicio de un proceso de construcción (o de reconstrucción) basado en sus características individuales y contextuales. Los objetivos de intervención marcan la meta que se ha de alcanzar

mediante la ejecución de acciones en un tiempo.

El camino intermedio es aquello a lo que debemos dar forma y contenido, e incluye pautas y estrategias de actuación. El contenido suele venir determinado por las particularidades de cada caso (su historia de vida, sus intereses, sus metas…), cada experiencia es algo único y personal. Factores indispensables que se han de tener en cuenta en la etapa de planificación para diseñar acciones y programas coherentes con la realidad de la persona y del contexto.

13.1.1. La negociación como base de la planificación en terapia ocupacional

El paradigma de la profesión nos lleva a efectuar una planificación centrada en la persona que debe promover la consecución de los objetivos establecidos y provocar su implicación en los proyectos venideros. La planificación individual engloba un conjunto de esfuerzos dirigidos a estos objetivos con una inversión de recursos y acciones. Esta debe incluir las siguientes características:

- Debe estar centrada en la persona y promover la implicación de esta en todos los pasos.
- Debe ser coherente con las expectativas individuales y realista con las posibilidades contextuales, con relación a factores personales y a otros ajenos a los mismos. Estos deben ser aplicados siempre en beneficio de la persona.
- Debe contemplar la implicación de otros profesionales como base de la intervención integral de acuerdo con la visión de trabajo.
- Debe servir como punto de partida de cualquier actuación futura. Cualquier idea debe ser estudiada antes de ser implantada.
- Debe tratatarse de un proceso continuo y dinámico. Planificar de manera constante implica que el profesional está llevando a cabo una tarea de reflexión sobre la acción.

Cuando las intervenciones implican únicamente la figura del terapeuta ocupacional y una sala concreta de desarrollo de grupos, las variables contextuales que se han de tener en cuenta se reducen. Mientras que cuanto mayores sean las oportunidades de participación planteadas, la inclusión o no de contextos comunitarios o la implicación de otros profesionales, mayores serán las variables contextuales que será necesario considerar en la planificación, y mayores serán los retos. La planificación no resulta un proceso fácil dada la cantidad de factores que obliga a contemplar y el gran número de tareas que supone, ya que cuando planificamos lo hacemos sobre la propia persona y sobre los contextos. Las tareas que implica la planificación son:

- *Centradas en la persona:*
  - Definición de las necesidades, los objetivos individuales de intervención y establecimiento de su priorización.

- Elección del modelo o marco de referencia que sustente el abordaje del caso.
- Definición de estrategias de intervención.
- Elaboración de espacios de gestión y planificación. Como por ejemplo las "agendas"o "tutorizaciones" de participación ocupacional de acuerdo con la información resultante del proceso de evaluación y con los objetivos perseguidos. Se planifican conjuntamente con el usuario los espacios en los que este participará, en qué medida y bajo qué circunstancias.

- *Centradas en el contexto:*

  - Reuniones de consenso con otros profesionales para unificar criterios de intervención y llegar a compromisos institucionales.
  - Elaboración de cronogramas diarios, semanales y anuales.
  - Elaboración de manuales metodológicos de uso interno de acuerdo con los objetivos de las intervenciones que guíen al referente de cada intervención.
  - Determinar los apoyos físicos y humanos necesarios para la acción (tanto en número como según el perfil del profesional).
  - Búsqueda y uso de espacios clínicos y comunitarios.
  - Presupuestar y comprar material.

El trabajo paralelo dirigido a estas tareas es necesario para optimizar la eficacia de las futuras acciones. La planificación conlleva reflexión y resulta útil para predecir las situaciones venideras con relación a las dimensiones ocupacionales de las personas, además de ser una vía para reducir la incertidumbre; aunque, si bien podemos elaborar hipótesis al respecto, no podemos asegurar a ciencia cierta que se cumplan rigurosamente.

13.2. Los criterios y la delimitación de la intervención

Una vez se ha llevado a cabo el proceso de planificación y el diseño de la intervención, es necesario ponerlos en práctica de acuerdo con los medios y tiempos prestablecidos. Cuando hablamos de intervención no nos referimos al mero hecho de que la persona lleve a cabo su programa de actividades como algo llano que termina de la misma manera que empieza. La intervención es donde las hipótesis sobre el desempeño ocupacional adquieren forma, donde los compromisos profesionales se traducen en acciones de responsabilidad y donde cada hecho se convierte en una experiencia individual hacia la construcción de nuevos proyectos y la consecución de las metas vitales. Todos los elementos (humanos, físicos, materiales…) contemplados previamente deben funcionar al mismo ritmo con el fin último de alcanzar los objetivos negociados. La implementación de una acción tras otra debe acercarnos cada vez más a la consecución de los objetivos,

por eso resulta sumamente importante que al mismo tiempo que son llevadas a cabo, valoremos cuál ha sido su impacto y consecuencias.

Por la diversidad de consideraciones que se han de tener en cuenta durante las intervenciones, determinados autores proponen etapas que estructuran la intervención y permiten identificar con mayor facilidad el momento en el que la persona se encuentra, así como posibilitar la creación de estrategias y herramientas específicas dirigidas a las características concretas que la envuelven. Otros sugieren una serie de intervenciones basadas en una secuencia escalonada de programas por los que las personas deben pasar para avanzar. Desde esta perspectiva, los profesionales dan por hecho cuáles son las necesidades individuales prioritarias que se deben atender y que son los individuos los que deben ajustarse a la organización. Y si la persona no se adapta, se suele concluir que no está preparada para iniciar un proceso de rehabilitación.

Existen diversas metodologías aplicadas en la práctica. Una de las más utilizadas es la propuesta por Kielhofner (2004), con las etapas de exploración, competencia y logro. Otra, también muy utilizada, es la propuesta por Farkas, Cohen, McNamara, Nemec y Cohen (2000), que se divide en compromiso, disposición, aprendizaje de roles y generalización. Tomando como referencia las fases propuestas por ambos autores, proponemos las siguientes etapas para planificar las intervenciones.

13.2.1. Etapa del compromiso de la persona y la familia para iniciar el proyecto terapéutico individual

> "No quiero venir, solo sé que mi familia y el médico me han dicho que venga. Mi padre me ha traído pero me ha dicho que solo era para ver el centro. Ahora resulta que es para hacer una entrevista. ¿Por qué me hacéis esto? Dejadme en paz. No quiero venir a vuestro centro, ni tengo ganas de empezar nada por mucho que me insistas. Si quieres firmo ese contrato terapéutico, pero no voy a venir".

Este fragmento es parte de la entrevista inicial mantenida por un terapeuta ocupacional con una persona derivada a un servicio de rehabilitación. Es una muestra de los mensajes que nos encontramos en la práctica. Las etapas nos sirven para dar sentido al "momento" de la persona y a las acciones que se pueden o deben ejecutar en esa fase. En la etapa de compromiso se busca que la persona adquiera conciencia de su situación individual y contextual global, no solo en relación con el momento actual que envuelve la enfermedad, sino con el impacto que supone en su vida en un tiempo presente y futuro. Se busca identificar la necesidad de ayuda profesional para el cambio en la situación vital derivada de enfermedad. Se pretende conseguir una adhesión inicial a la intervención. La creación y mantenimiento del compromiso resultarán piezas fundamentales durante todo el proceso, independientemente de dónde se lleve a cabo, de ahí que resulte imprescindible su construcción y fortalecimiento como origen de las futuras acciones. Como aspecto en ocasiones novedoso para la persona, requerirá de apoyos externos focalizados en la familia y estructura profesional. Resultará imprescindible definir

estrategias internas (de la persona) y externas (de la familia y los profesionales) que permitan mantener dicho compromiso en el tiempo y elaborar alternativas para cuando este flaquee. Algunos dispositivos elaboran un contrato terapéutico que las partes implicadas deben firmar a modo de consentimiento para iniciar el proceso de atención, asumen así las obligaciones y derechos que ello conllevará y quedará patente su compromiso de forma escrita. La firma de la persona, más allá del contrato escrito y las palabras que incluye, supone un compromiso moral con unas metas concretas que, trabajando conjuntamente con los profesionales del equipo, deben ser conseguidas. Despertar la voluntad de cambio en la persona no resulta fácil, menos aún cuando una de las características clínicas de la enfermedad mental es la falta de conciencia y las experiencias de muchas personas han sido negativas. Es importante, por parte del sistema sociosanitario, generar esta voluntad y creer en los principios de la profesión, así como en los de la rehabilitación psicosocial, ya que el cambio se produce más fácilmente en ambientes donde existen relaciones positivas y facilitadoras para establecer los objetivos. Si no apoyamos las decisiones de las personas, no promoveremos cambios en sus vidas, solo justificaremos una visión distorsionada de nuestro rol profesional alejada de la realidad.

13.2.2. La predisposición al cambio

No todas las personas se encuentran en disposición de iniciar un proceso de cambio con todas las implicaciones que ello conlleva, por eso hay que basar las acciones en apoyar la identificación y generación de ilusiones y metas realistas; lo que permitirá a la persona generar motivaciones intrínsecas que le permitan implicarse en esta nueva etapa de su vida. Si la persona no es capaz de participar en el proceso de evaluar su disposición, o es reacia a ello, será necesario identificar una meta basada en la recuperación de su compromiso.

En esta etapa, Farkas *et al.* (2000) proponen una evaluación de la disposición (*assessing readiness*) como instrumento de medida, el cual contempla e incluye los siguientes pasos:

Cuadro 13.1. Principios y pasos del assessing readiness *(Farkas* et al., *2000)*

1. Orientar a la persona para el desarrollo del proceso de evaluación.
2. Entrevistar a la persona sobre la disposición: necesidad, compromiso, conciencia ambiental, conciencia de sí mismo y cercanía personal (perspectiva sobre la cantidad y calidad de las interacciones con el equipo).
3. Ayudar a la persona en la autoevaluación de cada factor previamente citado y en relación con su disposición general.
4. Explorar los motivos de la persona para sus calificaciones.
5. Otorgar un valor cuantitativo a cada factor, así como a la disposición general,

argumentándolos en la persona.
6. Discutir las similitudes y diferencias entre ambas calificaciones.
7. Modificar las calificaciones según sea necesario para reflejar la perspectiva del destinatario del servicio.

Esta etapa se caracteriza por ser un período de exploración que pone el énfasis en la motivación, en el descubrimiento, en la identificación de intereses, valores y habilidades. Tener en cuenta y reforzar sus elecciones, pedir sus opiniones y escucharlas, respetar su ritmo y sus espacios haciendo saber que cuentan con nuestro apoyo cuando lo necesiten… son acciones que permiten la implicación activa y progresiva en el proceso, asumiendo el control del mismo con el menor apoyo profesional posible. El proceso se ajusta a las características individuales y es la persona la que elige qué hacer sobre un conjunto de opciones. Se busca el éxito en cada acción y participación para generar un cúmulo de experiencias positivas que refuercen el compromiso interno y el vínculo externo. Es imprescindible que, dentro de los programas de intervención y de la rutina del terapeuta ocupacional, existan espacios que permitan a las personas, tanto de manera individual como grupal, hablar abiertamente sobre sus preferencias y deseos, y donde negociar con el profesional su propia rutina de participación. Debemos tener espacios en los que escuchar sus opiniones, sensaciones y experiencias sobre las intervenciones en las que participan sin que sientan miedo a ser juzgadas, de lo cual resultará una información clave para seguir construyendo un plan individualizado, donde la validación sea el barbecho que lo posibilita.

En esta etapa son de especial importancia las estrategias dirigidas a:

- *Desarrollar la voluntad de la persona:* Proceso en el cual la persona desarrolla diversas actividades en diferentes contextos. La persona presenta predisposición a conocer situaciones novedosas e ir más allá de los ambientes percibidos como seguros. Se contemplan alternativas diferentes a las habituales y se acepta observar a otras personas realizar diferentes tareas. Inicio del ajuste en los niveles de participación individual.
- *Validar:* Proceso de confianza personal con relación al equipo, contextos y programas. El terapeuta ocupacional utiliza pautas para evitar el fracaso, invita y no insiste, contempla el proceso como algo gradual y define las bases para una relación terapéutica centrada en la complicidad. La validación debe ser una pauta que esté integrada en nuestro quehacer y yo profesional, no debe consistir en unas palabras o acciones que el profesional analice antes de su puesta en práctica.
- *Elegir:* La persona elige en qué quiere participar en congruencia con su proyecto de vida. Antes de cualquier elección es imprescindible la negociación entre las partes interesadas. Dichas elecciones pueden estar sujetas a cambios basados en la experiencia personal, si esta se ha llevado a cabo, o por

recomendación del profesional, es decir, los acuerdos alcanzados no perduran eternamente. Los motivos por los cuales se ha alcanzado, o no, el éxito en el compromiso acordado deben ser revisados y analizados.

El perfil de las personas que, de manera generalista, quedarían englobadas en esta etapa es el siguiente:

- No identifica intereses, y las acciones y la participación dependen de otros.
- Las rutinas son desorganizadas y sin estructura temporal.
- Las acciones son desorganizadas y carecen de sentido.
- La participación únicamente se da en el rol de paciente.
- Existe incongruencia entre las metas individuales, las necesidades ocupacionales y las oportunidades de participación.
- Existen algunas habilidades básicas con apoyos de terceros.

13.2.3. La reconstrucción o la búsqueda de un nuevo camino en el proyecto de vida

Es una etapa caracterizada por la identificación de la orientación del proyecto con la elección y el aprendizaje del desempeño implícito, el aprendizaje de habilidades en diferentes ambientes, la priorización de hábitos y el inicio del desempeño funcional orientado a la vida.

Los roles exigen la práctica de un conjunto de habilidades personales necesarias para el desempeño de manera satisfactoria, acorde a las metas individuales y demandas del contexto. Dichos roles, y en consecuencia las habilidades implícitas, deben ser seleccionados de acuerdo con el nivel de relevancia que estos tienen para la persona, con el nivel de relevancia para el ambiente donde residirá/trabajará y con la posibilidad de aprendizaje en función de las capacidades individuales y apoyos del entorno. Cuando se han negociado y acordado las áreas susceptibles de mejora, se priorizan las actividades que posibilitarán el aprendizaje de las mismas. Hay que planificar el proceso continuo de graduación entre las habilidades y las demandas ambientales, es decir, cómo trabajar aquello identificado como necesario y valorado como prioritario. Es aquí donde entran en juego las herramientas que los marcos teóricos de la profesión nos proponen para intervenir con las personas en función de una problemática concreta. Se deben preparar los programas de intervención ocupacional y el ambiente de manera congruente con la preparación de la persona (iniciativa, toma de decisiones, acciones responsables…) y no a la inversa.

La práctica del desempeño ocupacional supone un aprendizaje realizado a través de la participación en situaciones reales de las áreas de ocupación en diferentes contextos; así como un aprendizaje en el manejo ambiental con la organización y adaptación de la complejidad de las tareas. El terapeuta ocupacional debe asesorar en los aprendizajes más adecuados a las capacidades y al momento de la persona, en las modificaciones y

compensaciones ambientales necesarias para que se pueda desempeñar de manera satisfactoria. El aprendizaje implica y conlleva cambio en las áreas seleccionadas de trabajo, un cambio que debe facilitar el desarrollo exitoso de las acciones planificadas y encaminadas hacia la consecución de los objetivos.

En esta etapa podemos encontrar personas que evidencien alguna de las siguientes características:

- Identifica objetivos aunque con cierto grado de vaguedad.
- Identifica algunos intereses.
- Inicia actividades y organiza ciertas rutinas con algún tipo de apoyo externo.
- Identifica habilidades y limitaciones con dificultad.
- Presenta habilidades básicas, pero no de toma de decisiones o de resolución de problemas.
- No mantiene en el tiempo roles significativos.

13.2.4. Consolidación del proyecto vital

En esta etapa se ponen en práctica las habilidades y roles aprendidos en contextos diferentes a los habituales (y más desafiantes). La persona desarrolla y generaliza las habilidades en ambientes relacionados con el proyecto de vida personal (contextos comunitarios de ocio, laborales, domésticos…). Se busca perfeccionar los roles previamente planificados, así como refinar las capacidades volicionales y de desempeño. Los programas implementados en esta etapa son de apoyo y seguimiento, intervenciones en ocasiones olvidadas, una vez la persona es dada de alta en el servicio. El proceso de rehabilitación continúa aunque el profesional no mantenga contacto diario. Para continuar con éxito el proceso hay que canalizar la vinculación a contextos externos, haciendo que la participación y las experiencias generadas resulten positivas. Es recomendable que los pasos enumerados se implementen desde el propio dispositivo de manera gradual, prestando los apoyos convenientes en el momento necesario, estando aún a tiempo de asegurar el éxito y de buscar alternativas ante la posibilidad de un tropiezo.

El perfil de las personas que pueden estar englobadas en esta etapa correspondería con el de aquellas que:

- Identifican los objetivos e intereses de forma clara.
- Reconocen habilidades y limitaciones.
- Inician, mantienen y participan en las actividades elegidas.
- Presentan habilidades adecuadas para la mayoría de las actividades identificadas como relevantes.
- Asumen la responsabilidad en la elección e implementación de su rutina diaria de actividades y de su proyecto de vida, demostrando competencia y éxito en las mismas.

13.3. Negociar con la persona, la familia, el equipo y el contexto

La negociación es el proceso en el que dos o más partes implicadas buscan alcanzar un acuerdo en su propio beneficio o en el de terceros. Este acuerdo lleva consigo la asunción de responsabilidades en el proceso y el establecimiento de estrategias y pautas de actuación. Alcanzar acuerdos en los procesos de intervención es imprescindible, no importa quién establezca estos acuerdos dado que los objetivos han de ser comunes para el equipo, la familia, el usuario y todos los agentes implicados. Resulta evidente que los objetivos de una negociación en la que participa el terapeuta ocupacional han de dirigirse al beneficio de la persona o población a la que presta sus servicios, con el fin de mejorar y de promover oportunidades de participación que repercutan positivamente sobre su estado de salud de acuerdo con sus necesidades y proyectos de vida.

Es quizá el punto más importante de la etapa de planificación para los terapeutas ocupacionales. En la práctica, la negociación con la persona se denomina con diversos términos: "tutorización", "intervención individual", etc. La negociación sirve para que las partes implicadas se conozcan y traten cuestiones concretas en busca de un compromiso. Existen profesionales que pueden pensar que, en la negociación con los usuarios, la única parte que debe asumir responsabilidades y definir su compromiso, en forma de asistencia y participación en los grupos y espacios terapéuticos, son los propios usuarios. Quizá no resulte habitual, pero, en cualquier negociación, el terapeuta ocupacional también debe asumir un compromiso con el proceso del usuario. Algunas personas no verbalizan qué esperan de nosotros o en qué les podemos ayudar como profesionales (informar, orientar, o simplemente estar presentes), por lo que debemos hacerlo antes de llegar a un acuerdo y determinar cuál es nuestro compromiso. El objetivo inicial no es delegar toda la responsabilidad en los usuarios y omitir la parte que nos corresponde como profesionales: debemos identificar cuál es nuestro papel en el proceso y qué responsabilidades asumiremos en el itinerario de atención individualizado recién comenzado.

13.3.1. Comprender los "momentos" de las personas

Los diagnósticos pueden etiquetar a una persona para toda su vida, pero la vida de una persona no es estática, es dinámica y existen cambios, momentos buenos y malos, momentos para olvidar u recordar… Comprender el papel de cada persona en el proceso es un requisito imprescindible en la práctica del terapeuta ocupacional. A continuación exponemos varios fragmentos del proceso vivido por una persona.

> "Junio 2014, Paqui ha mejorado su situación psicopatológica y es derivada al hospital de día. En las dos primeras semanas se muestra comunicativa y con ganas de explicar su situación. Iniciamos el proceso de negociación de objetivos. Paqui identifica objetivos concretos relacionados con su higiene, compromiso y las tareas de su domicilio".

> "Enero 2015, en septiembre Paqui fue dada de alta por finalización de su proceso de atención. Actualmente vive en su casa, tiene una mascota y es voluntaria de Cáritas. En una de las visitas de

seguimiento manifiesta su ilusión por colaborar en tareas de ayuda a otros, es consciente de cómo organizarse y evitar recaídas, verbaliza ser feliz".

Es una pequeña muestra de cómo una persona pasa por diferentes momentos. Ello ha supuesto la adaptación a cada uno de esos "momentos". En este caso Paqui evoluciona y mejora, pero no siempre es así, hay personas que, por diversos factores, evolucionan hacia situaciones críticas. En ambos casos la actitud debe ser equitativa por parte del terapeuta. Por tanto, es necesaria la negociación con cada persona: equilibrar sus demandas, sus necesidades y "sus momentos". Cuando las solicitudes de las personas coinciden con las necesidades de atención, la negociación resulta un proceso rápido y el acuerdo es inminente, pero cuando las demandas presentan un desequilibrio por causas individuales (nula conciencia de enfermedad, percepción errónea de capacidades y limitaciones, metas ocupacionales irreales…) o contextuales (ausencia de oportunidades de participación, contextos restrictivos, prejuicios del terapeuta ocupacional…), con relación a las necesidades reales, el proceso de negociación resulta un camino arduo y complejo.

13.3.2. Aspectos básicos para negociar con las personas

El proceso de negociación implica que el profesional recuerde que ha de ser beneficioso para la persona. Los criterios profesionales no deben ser una barrera infranqueable y han de contemplar los deseos y objetivos de las personas. Las planificaciones se tienen que basar en la persona y no en las creencias personales del profesional o del programa de intervención. Para que la negociación beneficie a la persona se precisa:

- Terapeuta ocupacional con habilidades de comunicación que deben ser adecuadas al individuo para concretar los acuerdos. El estilo de comunicación ha de transmitir la información pertinente que no debe ser de carácter generalista, debemos ajustarnos a las individualidades para dar a entender de manera clara lo que se quiere transmitir y favorecer que la persona se comunique. Debemos ser empáticos y tolerantes con las opiniones de las personas, puede que no estén de acuerdo con determinadas propuestas y no accedan ni tan siquiera a iniciar procesos de exploración. Debemos escuchar y respetar su ritmo, no debemos justificar nuestro rol profesional mediante la elaboración de horarios o agendas semanales de actividades. Hay que entender sus motivos y esperar el momento adecuado para proponer. Debemos promover que la otra parte exprese su opinión y sus objetivos personales, algo complejo en determinados casos pero de gran utilidad para conocer sus preferencias y predisposición al compromiso.
- Adoptar una actitud de colaboración para la consecución de los objetivos. Hay que invitar y no forzar la participación, el compromiso para asumir responsabilidades en el proceso puede no existir desde el inicio, se debe

trabajar paso a paso para generarlo hasta que esté totalmente interiorizado con el menor apoyo externo posible. Entender que las resistencias forman parte del mismo proceso de cambio.

- Los acuerdos alcanzados deben ser realistas y acordes a las características individuales y del contexto; es decir, no podemos comprometernos a celebrar determinado número de entrevistas de seguimiento semanales si no disponemos del tiempo necesario para ello; o invitar al usuario a participar en un gran número de contextos grupales si existen dificultades relacionadas con los mismos.
- Aceptar que determinados acuerdos pueden no cumplirse. Ello no ha de afectar a la relación profesional establecida, ni a la globalidad del proceso; y tampoco podemos vivirlo desde una óptica personal. Esta situación debe servir para analizar por qué no se han cumplido los acuerdos (estados emocionales cambiantes, desavenencias con el profesional referente del grupo u otros compañeros, la situación no se corresponde con la expectativa previa…), y diseñar nuevas estrategias orientadas hacia el contexto o hacia la persona, que permitan reasumir o elaborar nuevos acuerdos sostenibles en el tiempo. Debemos simplificar los acuerdos que hemos de alcanzar para asegurar el cumplimiento de manera exitosa y reforzar la vinculación intrínseca de las personas con sus objetivos.

13.3.3. Buscar estrategias para negociar con el contexto

Los procesos de intervención que incluyen a las familias o personas de apoyo obligan a determinar el nivel de implicación y las formas para conseguir los objetivos establecidos. Es frecuente encontrar a personas que en los contextos profesionalizados muestren un buen desempeño ocupacional, niveles de participación adecuados y estilos de vida saludables; pero cuando desaparecen los apoyos existentes en el contexto de atención, vuelven a modelos de funcionamiento previos al ingreso. La familia es un eje central durante los procesos de rehabilitación, inserción e inclusión. Esta importancia queda reflejada en programas, donde se diseñan intervenciones específicas de información, educación, apoyo emocional, etc., dirigidas a las familias. Es imprescindible que las familias conozcan la situación y la necesidad de seguir una línea común con los profesionales para beneficiar al familiar que sufre una enfermedad mental. Para ello, es necesario que identifiquen qué debe cambiar en los estilos de desempeño, en la relación familiar (sobreprotección, indiferencia, desconocimiento…) y en el abordaje de situaciones conflictivas. Si los familiares no reconocen la necesidad de una nueva perspectiva en el manejo y las actuaciones con la persona con enfermedad mental, difícilmente los acuerdos alcanzados en las entrevistas con los profesionales se mantendrán en el tiempo. Canalizar las demandas para cubrir sus necesidades de cuidadores es, en ocasiones, la vía inicial para la negociación de los objetivos de su familiar.

A menudo, la negociación para adquirir un compromiso en las partes implicadas en el proceso de intervención resulta compleja cuando es entre profesionales que intervienen en el mismo caso. En usuarios y familiares, suelen existir dificultades para vincularse e implicarse en el proceso, si bien el resultado suele llevar hacia la asunción gradual de mayor responsabilidad con el proceso y con menor necesidad de apoyos externos.

En la negociación entre profesionales y equipos asistenciales suelen influir factores externos al proceso planificado. Estos factores pueden resumirse en:

- *Ego:* Existen profesionales que no aceptan otras alternativas respecto a las tradicionales por diferentes motivos (inseguridad, rigidez, etc.). El control del ego es un aspecto a trabajarse por parte de cada profesional.
- *Ausencia de compromiso interno:* Por la comodidad personal y la indiferencia hacia terceras personas. Se han de proponer medidas de seguimiento para asegurar que los compromisos acordados por cada miembro del equipo se cumplen. Hay que evitar que el compromiso adquirido y pactado se cumpla solo en situaciones concretas. Es importante desarrollar este compromiso interno a través de diferentes acciones en cada uno de los profesionales para que resulte más fácil seguir la misma línea de intervención; todos los miembros del equipo deben sentirse parte importante del mismo y trabajar en pro del usuario.
- *Ausencia de espacios para opinar, discutir criterios y consensuar estrategias:* Las rutinas de trabajo deben incluir espacios de intercambio de puntos de vista que permitan la determinación de responsabilidades para cada caso. De lo contrario, pueden desencadenarse soluciones alternativas como las que en el punto siguiente se exponen.
- *Los profesionales tienden a tomar decisiones de manera unilateral sin buscar el consenso con otros miembros del equipo implicados:* Profesionales que se autoconsideran, o bien el grupo así lo admite, líderes en la toma de decisiones sin necesidad de dialogar y negociar con los otros miembros del equipo, y adjudican las tareas que se van a realizar según su parecer. Por contra, profesionales pasivos que no verbalizan su opinión profesional ni toman decisiones para evitar asumir las responsabilidades.
- *La negociación solo se produce si se tiene en cuenta el punto de vista de las personas ajenas al propio profesional:* Esto es algo inherente al paradigma de la terapia ocupacional, pero, en determinadas situaciones, es olvidado por los profesionales. Cualquier decisión que implique a terceras personas requiere que estas sean escuchadas e informadas, y que se las implique en la responsabilidad de cada decisión. No existe negociación alguna en aquellos contextos de trabajo donde las decisiones ya están tomadas de manera predeterminada para futuras e hipotéticas situaciones, o cuando estas se toman de manera individual sin contemplar otras perspectivas. Las expectativas sobre los demás deben ser acordes al grado de acuerdo alcanzado.

Es conveniente que los acuerdos alcanzados tras una negociación, las responsabilidades asumidas en el proceso general, las tareas y las pautas de acciones que cada profesional debe asumir queden reflejados por escrito para reforzarlos. Para ello, es necesario establecer mecanismos periódicos de seguimiento que aseguren que todas las partes cumplen con su cometido en beneficio de los objetivos marcados.

13.4. Negociación de los programas individuales en grupo: ejemplo práctico

Las intervenciones individuales con las personas atendidas son descritas en la literatura y en la formación académica de los terapeutas ocupacionales. En la práctica, depende del contexto, de los equipos y del terapeuta llevar la negociación individualmente, con mayor o menor frecuencia. Es lícito remarcar que estamos en una cultura de optimización de tiempos, aspecto que nos aboca a generar espacios de negociación a través del enfoque grupal. El poder evitar interferencias subjetivas y de otros factores externos resulta clave para mantener la perspectiva del proceso global centrada en la persona, así como concretamente en los espacios de negociación. En este punto describimos, de forma breve, una intervención grupal existente en la práctica, tanto en el ámbito clínico como en el comunitario.

Grupo de agenda

El nombre del grupo fue elegido por los usuarios, quienes consideraron denominarlo, con su sentido cotidiano, "agenda". La argumentación fue que la mayoría de personas utilizan, de una u otra manera, agendas para organizar su día a día. Por esta razón, elaborar una hoja con las actividades, los contextos, las horas, los apoyos y otros puntos es lo que se diseñó como mecanismo de "agenda". En esta experiencia, la agenda de la persona está informatizada (tal y como se ilustra en la figura 13.1; la impresión se ilustra en la figura 13.2). Para facilitar la comprensión del grupo de agenda se desglosan los siguientes puntos clave.

- *Finalidad del grupo de agenda*
  - Facilitar un espacio de negociación, planificación y ajuste de necesidades de la vida en el programa individual de la persona, dentro del dispositivo y/o en la comunidad.
  - Permitir los ajustes, adaptaciones y/o cambios que la persona precise y requiera según su proyecto individual mediante el proceso de negociación.
- *Objetivos*

- Establecer un espacio de información y negociación (actividades ocupacionales) con los usuarios sobre el *planning* semanal de actividades.
- Definir e informar sobre el asesoramiento en estrategias internas y/o externas para la generalización de aprendizajes.
- Fomentar y favorecer la sensación y percepción de *locus* de control interno, el manejo de sus rutinas y horarios.
- Ofrecer herramientas a la persona que promuevan su capacitación, así como favorecer la implicación y la participación activa en el desarrollo y decisiones que les afectan de manera directa en sus espacios diarios de actividades.
- Identificar y reforzar el compromiso para con sus elecciones ocupacionales.
- Fomentar la autorganización y la orientación semanal.

• *Temporalidad*

- Duración del programa: anual, una sesión por semana (ver programa).
- Duración de las sesiones: 45-60 minutos.

• *Población destinataria*

- Todas las personas atendidas en el servicio.

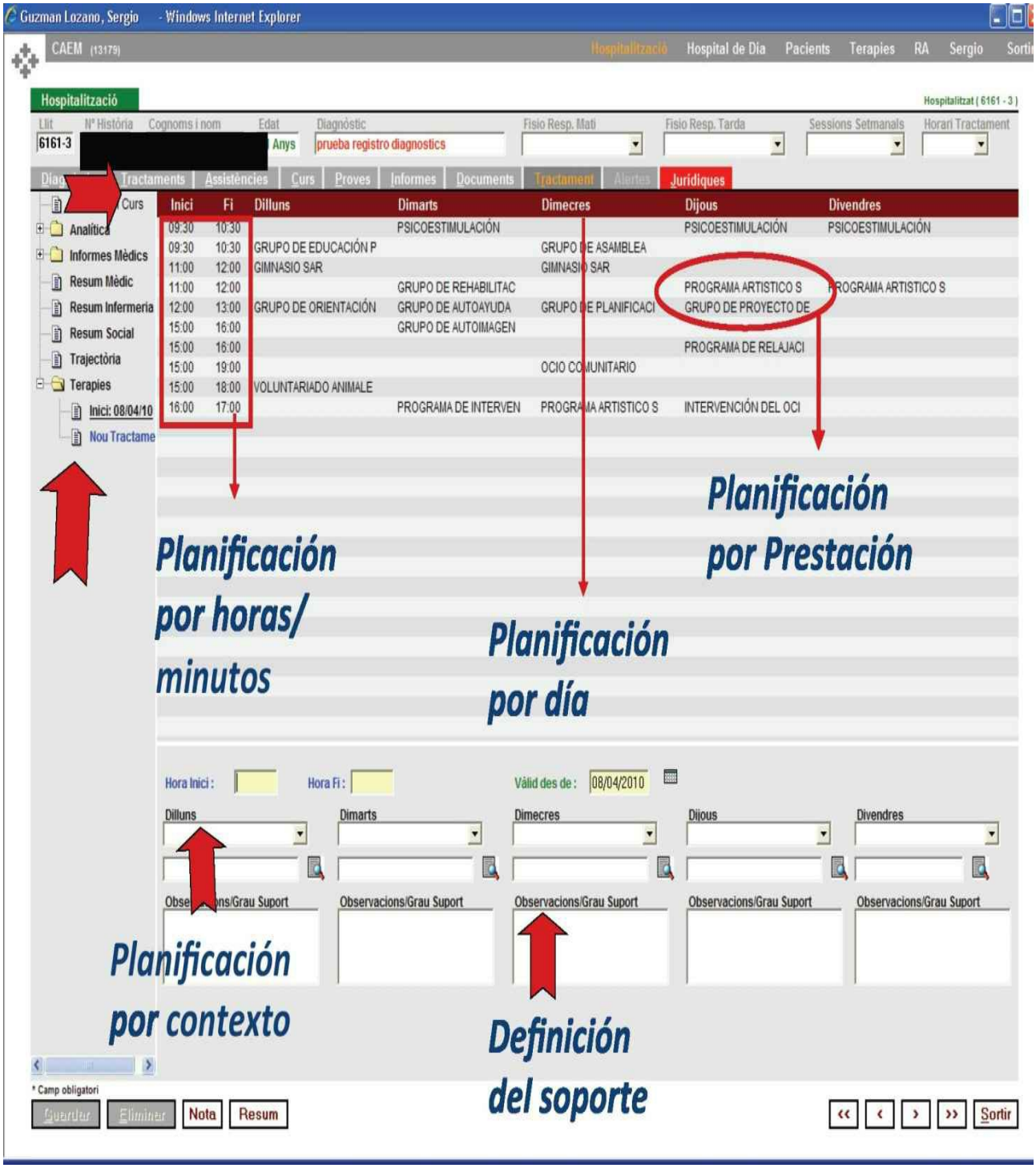


Figura 13.1. Ejemplo de la informatización de la agenda en un sistema de gestión de datos.

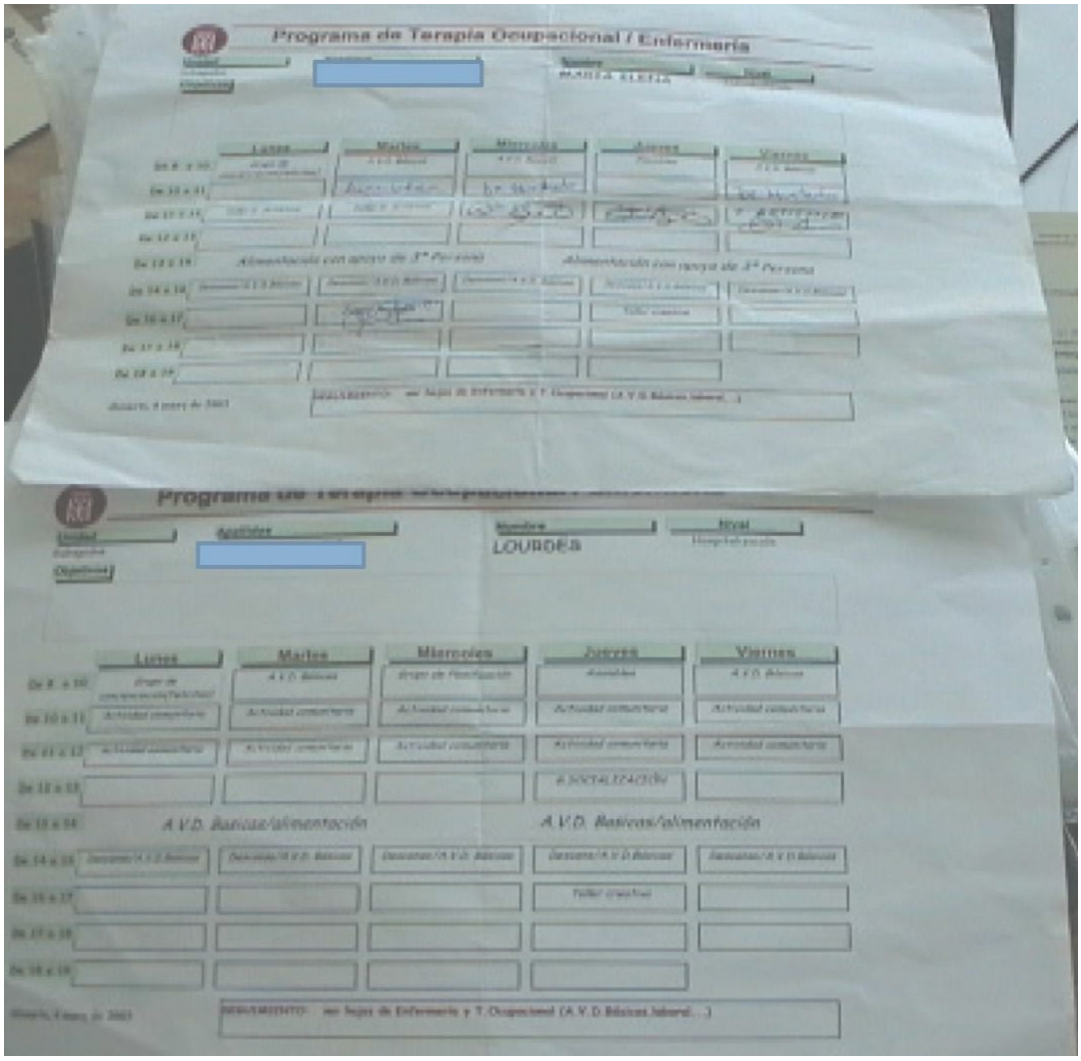


Figura 13.2. Ejemplo de agenda semanal impresa para cada persona.

- *Recursos materiales*

  - Espacio: no se requiere un gran espacio, se puede realizar en espacio abierto o cerrado. Dentro de los servicios o en la comunidad.
  - Materiales: lápices, bolígrafos, gomas, sacapuntas, agendas (horarios individualizados), pizarra, celo, chinchetas, etc.

- *Metodología*

  - Orientación, asesoramiento, análisis y autoanálisis de las necesidades ocupacionales, para un ajuste consecuente de su proyecto individual.
  - Sesiones grupales aplicando la dinámica según tipología del grupo: en formato paralelo, cooperativo, maduro, etc.

- *Estructura de las sesiones*

1. Presentación de objetivos específicos y contenidos.
2. Repaso de la agenda de la semana anterior, comentando sus aspectos positivos y limitaciones.
3. Delimitar objetivos y contenidos trabajados.
4. Aplicar el autoanálisis ocupacional a la vista de los problemas detectados, o para identificar los beneficios y significado. Posteriormente se describe la estrategia que se ha de utilizar:

   a) *Estrategia interna:* La persona se compromete y tiene capacidad para gestionar por sí misma las situaciones.
   b) *Estrategia externa:* Uso de ayuda o elementos ambientales que compensen el problema (por ejemplo, para los casos de puntualidad y cumplimiento horario: alarmas, recordatorios en el armario, con estimulación verbal…), incluyendo la ayuda de un profesional o tercera persona para gestionar la situación.

5. Puesta en común de las estrategias identificadas.
6. Entrega de la nueva agenda (si se precisa).

   – Establecer los objetivos que se trabajarán durante la semana y los niveles de desempeño.

7. Repaso de los aspectos trabajados y de aquellos pendientes para la semana.

13.5. Aplicación de enfoques teóricos de terapia ocupacional en la práctica

Las intervenciones implementadas desde la terapia ocupacional se apoyan en diferentes enfoques teóricos. En la actualidad existen múltiples aportaciones teóricas para el desarrollo de intervenciones ocupacionales. Quizá el desconocimiento y la poca visualización en la práctica de muchos de estos enfoques sean los causantes de que se ignoren las aportaciones reales de las perspectivas teóricas utilizadas en el ejercicio de la profesión. Para comprender las diferencias de cada una de ellas se requiere profundizar en los aspectos que nos proporcionan. En el cuadro 13.2 se ilustran algunos ejemplos prácticos de los enfoques más utilizados y recomendados para la práctica de la terapia ocupacional en salud mental. Hemos considerado importante destacar el nombre del modelo, el del autor y el año, así como las aportaciones más destacables. Estas contribuciones son una muestra del enfoque para la intervención, si bien existen más elementos en cada uno de ellos.

Cuadro 13.2. Ejemplo de enfoques de la terapia ocupacional y aportaciones en la práctica

Enfoque	*Algunas aportaciones importantes para la práctica*
Abordaje de interacción dinámica y multicontextual J. P. Toglia (1995)	– Tipos de transferencia lateral y generalización. – Indicadores de control de ambientes (domicilio-asistenciales-comunitarios).
Modelo de discapacidad cognitiva C. K. Allen (1985)	– Recomendaciones para reducir la complejidad de las tareas. – Estructuración del entorno. – Pautas de estimulación y tiempo.
Modelo de la ocupación humana G. Kielhofner (2004)	– Tareas para la vinculación. – Fases del proceso de remotivación. – Características del grupo, espacio y exigencia actividad.
Modelo de habilidad de ocio N. J. Stumbo, S. L. Gunn y C. A. Peterson (1984)	– Etapas y objetivos de tratamiento. – Papel de los profesionales y usuarios. – Utilización del ocio en diferentes momentos.
Grupos de desarrollo A. C. Mosey (1970)	– Etapas y objetivos de tratamiento grupal. – Graduación del trabajo con grupos. – Facilita pautas de manejo grupal.

El modelo de habilidad de ocio no es un enfoque descrito en la literatura de la terapia ocupacional. Pero sí que se incluye en este manual por la importancia que tiene el área de ocio y tiempo libre en las poblaciones atendidas. Es el modelo más antiguo y también el más ampliamente utilizado en el área de ocio. Proporciona recomendaciones sobre el papel de los profesionales y los individuos en cada una de las etapas que este modelo facilita.

El trabajo grupal es ampliamente utilizado en el ámbito de la salud mental. En el proceso de intervención, el terapeuta ocupacional genera dinámicas grupales a través de la adaptación y/o modificación de determinados elementos implícitos en el desarrollo grupal. Estas adaptaciones y/o modificaciones se sustentan sobre determinados enfoques teóricos. La utilización de estos enfoques permite al terapeuta aportar valor al proceso de salud de los individuos y/o colectivos. Es importante recordar que no toda intervención es beneficiosa para la persona, que incluso puede ser contraproducente, según su aplicación, si no se han tenido en cuenta las características individuales, contextuales y el encuadre del grupo. Los enfoques teóricos nos permiten razonar sobre los elementos indispensables para conseguir la salud ocupacional.

Actualmente existen múltiples enfoques teóricos que aportan elementos esenciales al proceso de intervención. Algunos de los más utilizados por la profesión son los siguientes: grupo orientado a tareas (Fidler, 1969), grupo de desarrollo (Mosey, 1970), grupo psicoeducacional (Lillie y Amstrong, 1982), discapacidad cognitiva (Allen, 1985 y 2005), modelo grupal funcional (Howe y Schwartberg, 1886, 1995 y 2001), terapia grupal directiva (Kaplan, 1988), grupo de actividades (Borg y Bruce, 1991 y Mosey, 1973), grupo de apoyo de compañeros (Schwartberg, 1994 y 1999, y Lowestein, 1999), modelo de la ocupación humana (2004) y modelo multicontextual (Toglia, 2011).

A continuación se ilustran ejemplos breves de la utilización de tres de estos modelos teóricos en la práctica cotidiana.

13.5.1. Intervención a través del enfoque de grupos de desarrollo de A. C. Mosey

Breve consideración del enfoque: hay que situar el desarrollo de este modelo en una época en la cual la profesión estaba en crisis y era necesario estructurar bases que permitieran describir nuestro hacer desde elementos teóricos. Este modelo ha tenido múltiples críticas en la profesión por ser excesivamente ecléctico respecto las múltiples teorías que componen su fundamentación.

Mosey proporciona elementos que facilitan criterios para graduar las dinámicas de los grupos y permitir reducir la dirección continua del profesional hacia el empoderamiento del grupo. Para facilitar las pautas y visualizar el crecimiento del grupo, la autora describe varios niveles de intervención determinando cinco tipos de grupos. Estos tipos de grupos y sus características son:

1. *Grupo paralelo:* Las tareas se realizan individualmente. Se define la tarea y la ayuda necesaria. Poca interacción. Observación de habilidades de interacción.
2. *Grupo proyecto:* Interacción entre los miembros para compartir materiales y herramientas. Estructura del grupo para la interacción entre dos o más personas.
3. *Grupo egocéntrico-cooperativo:* Los participantes seleccionan y desarrollan las tareas. Las tareas son a más largo plazo y requieren interacción continua. Observación de habilidades de interacción con reducción de apoyo.
4. *Grupo cooperativo:* Proyecto común. Las tareas deben ser secundarias a los aspectos sociales. Los miembros son animadores para identificar necesidades.
5. *Grupo maduro:* Los participantes asumen todos los roles necesarios para conseguir el objetivo de las tareas.

En la práctica es necesario preguntarse cómo desarrollar intervenciones que permitan la evolución de la población con enfermedad mental hacia la autodeterminación y la participación autónoma. Este enfoque facilita que una misma actividad sea llevada a cabo de múltiples formas dependiendo del nivel de desempeño, de la interacción del grupo y

del rol que adopte el terapeuta. Asimismo, facilita medir la evolución a través del cambio de tareas, del papel del terapeuta ocupacional y de los grupos. Se busca cambiar las situaciones a través de las actitudes, yendo de la directiva en el grupo paralelo hasta aquellas más facilitadoras y de asesoramiento. Como ejemplo práctico se ilustra en el cuadro 13.3 el siguiente esquema, con cada uno de los niveles de los grupos, la graduación y/o adaptación de las tareas y el papel del terapeuta en cada nivel.

Cuadro 13.3. Ejemplo de la aplicación del enfoque grupal de Mosey en dos situaciones prácticas

	Ámbito: Pisos asistidos *Finalidad:* Entrenamiento de habilidades	*Ámbito:* Club social *Finalidad:* Participación en la comunidad a través del deporte
Tipos de grupo:	*Taller de cocina:* Preparación de platos fríos	*Programa deportivo:* Actividad de baloncesto
Paralelo	Grupo de cuatro personas. Cada miembro del grupo dispone de sus ingredientes y herramientas para cocinar una receta. En una mesa cuadrada, cada integrante elabora una ensalada. – *Papel del TO:* Dirige la actividad, organiza a los usuarios, ofrece las instrucciones de los pasos y elige la receta que se va a preparar.	Grupo de seis personas, tres canastas, seis balones. La actividad se efectúa individualmente. Tareas de botar, lanzar, recepcionar… – *Papel del TO:* Dirige la actividad, organiza a los usuarios, ofrece las instrucciones de los pasos y elige la tarea que se hará.
Proyecto	Se reparten los ingredientes para grupos de dos o tres personas, por lo que los deberán compartir para realizar cada uno su receta. El plato definitivo se cocina en conjunto. – *Papel del TO:* Planifica los grupos, disminuye las herramientas para que tengan que compartir, temporaliza los tiempos, amplía las oportunidades de interacción.	La tarea se cumple en parejas, de manera que se pasan la pelota entre los dos componentes con el objetivo de interaccionar entre ellos llevando a cabo la coordinación de la pelota. Desarrollo de juego colectivo entre tres personas. – *Papel del TO:* Planifica los grupos, disminuye las herramientas para que tengan que compartir, temporaliza los tiempos, amplía las oportunidades de interacción.

	Ámbito: Pisos asistidos *Finalidad:* Entrenamiento de habilidades	*Ámbito:* Club social *Finalidad:* Participación en la comunidad a través del deporte
Egocéntrico-cooperativo	Se proponen tres menús. El grupo escoge cuál quiere hacer y cómo se van a repartir las tareas y compartir los ingredientes. – *Papel del TO:* El TO ofrece pautas en momentos concretos del proceso. Facilitador.	Se ofrecen varias modalidades de juego. Se juegan partidos de baloncesto en equipos de tres personas. Reduciendo los tiempos (ocho minutos por partido) y espacios (una sola canasta, media pista…). – *Papel del TO:* El TO ofrece pautas en momentos concretos del proceso. Facilitador.
Cooperativo	Entre todo el grupo se elige un menú a elaborar, se reparten las tareas, comparten los ingredientes y reflexionan sobre los aspectos desarrollados. – *Papel del TO:* Asesora en aspectos concretos que el grupo debe mejorar.	La tarea consiste en la disputa de un partido de baloncesto de 3 × 3. Ellos mismos distribuyen los equipos, se encargan de los materiales (balones y petos), etc. – *Papel del TO:* Asesora en el diseño de eventos y espacios para la generalización.
Grupo maduro	El grupo se pone de acuerdo sobre cuándo elaboran los menús, repartición de tareas, gestión de conflictos, etc. – *Papel del TO:* Si se requiere, seguimiento puntual.	La tarea se lleva a cabo fuera del lugar habitual, ellos mismos son quienes deciden reunirse para realizar la actividad de manera independiente. – *Papel del TO:* Si se requiere, seguimiento puntual.

13.5.2. Grupo de orientación ocupacional a través del modelo multicontextual de J. P. Toglia

Breve consideración del enfoque: este modelo fue desarrollado para su aplicación a población con daño cerebral. La técnica desarrollada es la de transferencia lateral, utilizando entornos virtuales como característica destacable en el entrenamiento de habilidades. Una de las aplicaciones en el ámbito de la salud mental se basa en el concepto de metacognición. Establece tres grandes bloques de la cognición ilustrados en el cuadro final de este ejemplo.

En la figura 13.3 también se muestran las tareas que se estructuran para intervenir en cada uno de los bloques. La actividad seleccionada para el ejemplo es el programa de

orientación ocupacional.

Los requisitos básicos del enfoque son:

- Especificar estrategias de procesamiento para la transferencia interna (propia de la persona) o externa (apoyada y facilitada por el profesional).
- Analizar la actividad para establecer criterios de transferencia (muy similar, similar, parcialmente, diferente y muy diferente).
- Practicar la aplicación de la estrategia en múltiples actividades y contextos.
- Entrenar la conciencia (entrenamiento metacognitivo).
- Considerar las características del usuario (motivación y participación).

Aplicación en la práctica: Los elementos que se deben adaptar y graduar como requerimientos contextuales a través de las intervenciones son los siguientes: modalidades sensoriales, cantidad de información entregada, complejidad de información, rapidez y consistencia de la información, etapas de la actividad, división de tareas en pasos, posicionamiento persona-espacio-objetos, tiempo de espera para la respuesta de la persona, estructura y guía ofrecida, tipos de *feedback* entregados, reducción de estímulos, etc.

Para facilitar la comprensión y la aplicación práctica de estos elementos, se describe brevemente el programa de orientación ocupacional, cuya finalidad es elaborar, compartir y reflexionar sobre qué tipos de actividades realizamos en la vida, identificar por qué nos gustan o no, y cuáles de ellas desarrollamos en nuestro proyecto de vida. El programa tiene cinco etapas, pero para facilitar el ejemplo se simplificarán a tres. El programa ha sido adaptado del material de *Imágenes ocupacionales* desarrollado por Sergio Rascovan (2006).

- La primera fase consiste en identificar el impacto en los intereses de las actividades presentadas. Se muestran una serie de imágenes que pueden ir desde 25 a 140 dependiendo del contexto. Estas imágenes se clasifican en “me gusta”, “me gusta más o menos” o “no me gusta”, y se equilibra el primer nivel de conocimiento básico propuesto por Toglia a través de la proyección de imágenes.
- La segunda fase es dar sentido a las áreas ocupacionales. Cada una de las imágenes establecidas en el apartado de “me gusta” debe ser clasificada por la persona en las áreas significativas que debe previamente identificar (amigos, trabajo, aficiones…).
- Por último, la tercera fase es la autorreflexión del perfil ocupacional que cada persona posee, comprendiendo las características del propio hacer, priorizando las áreas y determinando las estrategias que se van a desarrollar, bien sean estas de carácter interno o externo.

En la figura 13.3 se ilustra la relación de la base teórica con las fases del programa

descrito anteriormente.

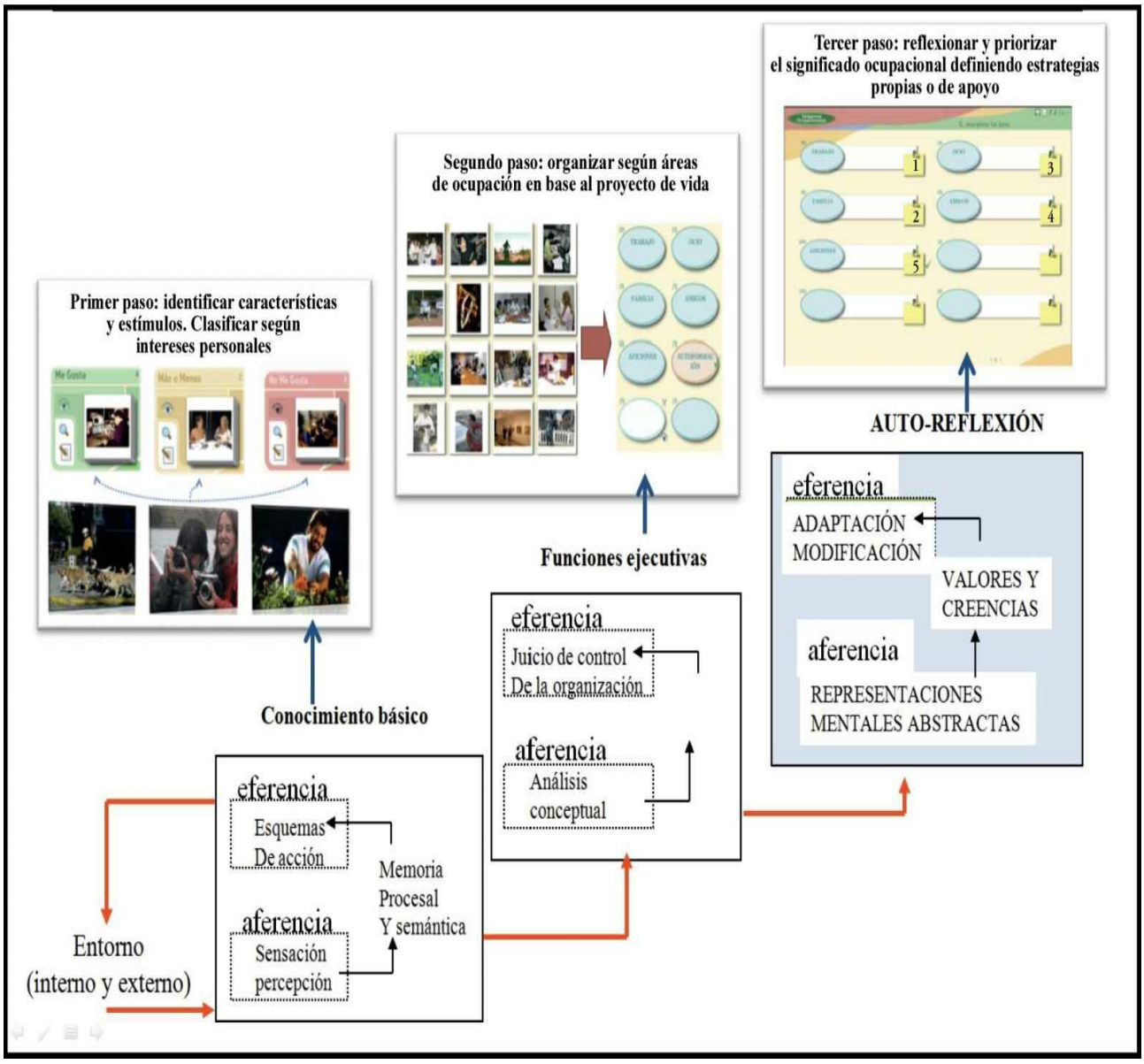


Figura 13.3. Grupo de orientación ocupacional utilizando el modelo de J. P. Toglia. Fases del programa y de los niveles de intervención. *Fuente:* adaptado del material de *Imágenes ocupacionales* de Sergio Rascovan (2006).

13.5.3. Adaptación de las demandas de la actividad a través del enfoque de discapacidad cognitiva de C. K. Allen

Breve consideración del enfoque: el modelo de tiene sus orígenes a finales de la década de los 60, en el Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute. Ha sido desarrollado por C. K. Allen durante 40 años mediante observaciones intensivas, sistemáticas e

investigaciones empíricas en el campo de la psiquiatría, modificando y desarrollándose desde el inicio. Ella considera que el 80% de las personas que tratamos en terapia ocupacional tienen alguna forma de discapacidad cognitiva definida como "disfunción psicológica o bioquímica en el procesamiento de la información", que produce limitaciones medibles en las conductas para desarrollar una tarea habitual. Aunque Allen tuvo unos inicios centrados en la investigación de la disciplina, lo que pretende en sí es dar una base teórica a la profesión sobre lo que ocurre en las habilidades funcionales cuando hay una alteración en el procesamiento de la información. En este modelo se definen seis niveles de funcionamiento cognitivo —nivel 1 (más bajo); nivel 6 (más alto)— que están subdivididos a su vez en cinco modos de desempeño.

El objetivo principal es definir el grado de funcionalidad o disfuncionalidad cognitiva y el modo de desempeñar las tareas. Algunas características de la escala son las siguientes: por debajo del nivel 1, estado comatoso; nivel 6 o superior, ausencia de discapacidad cognitiva. El nivel 4.6 se considera el mínimo para llevar una vida independiente con supervisión y en entorno seguro. El cuadro de niveles cognitivos se ha presentado en múltiples libros de la profesión, por esta razón nos centrarnos en la aplicación práctica y en la descripción de cada uno de los niveles establecidos en la base teórica. En el día a día encontramos situaciones donde observamos que las personas atendidas no integran de la misma manera la información del entorno. La evolución de la propia enfermedad provoca limitaciones importantes en el manejo ambiental y es imprescindible adaptar y graduar las demandas de la actividad y del entorno a cada individuo. Por esta razón se ilustra a continuación un ejemplo de este enfoque a través de un programa de terapia asistida con animales de compañía, describiendo las consideraciones de cada nivel. El primer nivel no se desarrolla, para centrarnos en los otros.

Cuadro 13.4. Ejemplo de la aplicación del modelo de discapacidad cognitiva a una actividad de terapia asistida con animales

	Nivel 1	*Nivel 2*	*Nivel 3*	*Nivel 4*	*Nivel 5*	*Nivel 6*
Entrada de la información	*Reflejo*	*Propiocepción*	*Táctil*	*Visual*	*Relaciones concretas*	*Abstracción*
Atención centrada	Interno	Sentido de la posición y del movimiento.	Objetos manipulables.	Muestra de objetos, lo que no se ve se ignora.	Explorar diferentes alternativas previas a las acciones.	Acciones autónomas razonadas.
Ejemplo		Moverse por placer, evitar el dolor o en búsqueda de sensaciones.	Relacionar el movimiento con su efecto en el entorno.	Seguir pasos visuales para lograr el objetivo.	Memorizar nuevas acciones, explorar alternativas.	Imaginar otras posibles alteraciones para la acción.
Asociaciones sensorio-motoras	*Conciencia*	*Confort*	*Interés*	*Acuerdo*	*Autocontrol*	*Planificación*
Aplicación práctica en una actividad de terapia asistida por animales de compañía						
Características de las demandas a solicitar en cada nivel		Las demandas en este nivel serían las de pasear con el animal y acariciarlo. La característica principal son actividades corporales y de movimientos globales.	Desarrollo de actividades sencillas y repetitivas con objetos, tales como cepillar al animal, jugar con objetos de lanzar y recepcionar, etc.	Desarrollo de actividades de 2-3 pasos, como los ejercicios de obediencia canina, juegos visuales, preparar alimentación etc.	Desarrollo de actividades exploratorias donde la persona inicia nuevas acciones sobre la información que ha aprendido y realizando un cuidado autónomo del animal de acuerdo a todos los pasos aprendidos durante las sesiones.	Planificación de las tareas de la sesión por parte de la propia persona considerando los aspectos climatológicos, riesgos, etc. Desempeño autónomo y planificado de todas las variables de la actividad sin necesidad de ninguna ayuda por parte del terapeuta.
TIEMPO (centrar la atención)		De 10 a 15 minutos aproximadamente.	De 15 a 25 minutos aproximadamente	De 25 a 40 minutos aproximadamente.	De 40 a 60 minutos aproximadamente.	De más de una hora.
Características de la información		A través del lenguaje corporal, con gestos de imitación u órdenes muy directas.	A través de comandos sencillos que marquen la acción, evitando la sobreinformación.	Se amplía la información a tareas completas, que pueden ser escritas para recordar los pasos.	Información de las tareas que se van a desarrollar en la sesión, con opiniones de los propios usuarios sobre variaciones de las tareas.	La persona puede manejar cualquier tipo de información sin necesidad de adaptación.
CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO		Amplio, seguro, sin una cantidad de estímulos ni elementos que puedan provocar riesgos sobre el apartado del movimiento.	Debe tener solo los objetos que se han de utilizar, con los mismo parámetros del nivel 2.	Debe tener los objetos que se necesiten para desarrollar la secuencia, pero todos deben estar en el espacio visual de la persona.	Entornos diversos con múltiples estímulos y situaciones. Los usuarios buscan y preparan los objetos para la sesión.	Entornos reales sin necesidad de ningún tipo de adaptación.

Bibliografía

Capítulo 1

BASAGLIA, F. (1972). *La institución negada, Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Corregidor.

FOUCAULT, M. (1974). "Prisons et asiles dans le mécanisme du pouvoir". En *Dits et Écrits*, *2*, 523-524. Paris: Gallimard.

GOFFMAN, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday.

LEY GENERAL DE SANIDAD. 14/1986, 25 de Abril. BOE 24/1986. Extraído el 16 de julio de 2014 de, http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf

MOROCHO, I., CEBALLOS, I., CASANOVA, R. y FILLAT, Y. (2014). *Modelo de calidad de vida en salud mental aplicado en AVIFES: nuestro recorrido hacia un modelo de apoyos centrado (1ª Ed.)*. Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Extraído el 25 de febrero de 2015 de, http://avifes.org/wp-content/uploads/2014/12/AVIFES_CALIDAD-DE-VIDA.2014.pdf

VERDUGO, M. Á., CANAL, R., FERNÁNDEZ, S., BERMEJO, L., ALONSO, S., TAMARIT, J., LÓPEZ, M. Á. y CASTILLO, T. (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial con personas con necesidades complejas de apoyo: la toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida*. Serie Documentos Técnicos n.° 21020. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

ZUBIN, J. y SPRING, B. (1977). "Vulnerability: A new view of schizophrenia". *Journal of Abnormal Psychology, 86*, 103-126.

Capítulo 2

ANTHONY, W. A. y LIBERMAN, R. P. (1986). "The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base". *Schizophrenia Bulletin, 12* (4), 542-559.

ALANEN, Y. (1992). "Tratamiento y rehabilitación de las psicosis esquizofrénicas: el modelo finlandés de tratamiento". *Boletín Informativo de Salud Mental, 3*, 9-

46.
BENET, D. y MORRIS, M. (1990). "Apoyo y rehabilitación". En F. N. WATTS y D. H. BENNET (Eds.). *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica* (pp. 207-229). México: Limusa.
BOTELLA, L. y FEIXAS, G. (2008). *Teoría de los constructos personales. Aplicaciones a la práctica psicológica.* Barcelona: Laertes.
COLINA, F. (2014). *Sobre la locura*. Madrid: Cuatro.
CORTINA, A. (2005). "La filosofía kantiana de la paz". *Cuadernos Salmantinos de Filosofía, 32*, 379-396.
DESVIAT, M. (2014). *Filosofía de la rehabilitación psicosocial*. 4.° Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, 22 de octubre de 2014, Madrid. Extraído el 9 de abril de 2015 de, http://www.atopos.es/images/filosofia_rehabilitacion.pdf
DOZZA, L., ABAD, T., CASTEJÓN, M. Á., GÓMEZ, R., LAFUENTE, S., LEDO, G., MOLINA, A., DEL OLMO, R., PERDIGÓN, A., RODADO, B., RODRÍGUEZ, M. y TOLEDANO, S. (2011). Manifiesto antiasistencialista - 1.ª parte. Área 3. *Cuadernos de temas Grupales e Institucionales, 15*, Otoño-Invierno, 2011. Extraído el 11 de mayo de 2015 de, http://www.area3.org.es/Uploads/a3-15-antiasistencialismo.pdf
GARCÍA, S. (2010). "Terapia ocupacional en el proceso de rehabilitación". En F. RUIZ. *Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y su rehabilitación. La intervención de salud mental en el área de la rehabilitación laboral*. (pp. 101-107). Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
HARO, J. M., PALACÍN, C., VILAGUT, G., MARTÍNEZ, M., BERNAL, M., LUQUE, I., CODONY, M., DOLZ, M., ALONSO, J. y Grupo ESEMeD-España. (2006). "Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España". *Medicina Clínica, 126* (12), 445-451.
HERNÁNDEZ, M. y ROSILLO, M. (2013). "Colaboraciones: Ideas para una salud mental crítica y participativa. (Re)habilitación - Recuperación- (Re) Evolución". *Asociación Madrileña de Salud Mental, 36,* 30-34.
IWAMA, M. K. (2008). "Aspectos de significado, cultura e inclusión en terapia ocupacional". *Revista Terapia Ocupacional Galicia, 5* (2). Recuperado de http://www.revistatog.com/num8/pdfs/modelo1.pdf
KRONENBERG, F. y SIMÓ, S. (2007). "Un comienzo…". En F. KRONENBERG, S. SIMÓ y N. POLLARD. *Terapia ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes* (pp. 1-13). Barcelona: Médica Panamericana.
LIBERMAN. R. y KOPELWICZ, A. (2004). "Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla". *Rehabilitación Psicosocial, 1* (1), 12-29.
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS (2001). *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva: World Health Organization.

POLONIO, B., DURANTE, P. y NOYA, B. (2001). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional.* Madrid: Médica Panamericana.

QUINO (2008). *Esto no es todo*. Montevideo: Lumen.

SARACENO, B. y MONTERO, F. (1993). "La rehabilitación entre modelos y práctica". En V. APARICIO (coord.). *Evaluación de servicios en salud mental* (pp. 313-321). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

VALLINA, O., ALONSO, M., GUTIÉRREZ, A., ORTEGA, J. A., GARCÍA, A., FERNÁNDEZ, P. y LEMOS, S. (2002). "Aplicación de un nuevo programa de intervención temprana en psicosis". Un nuevo desarrollo para las unidades. *Norte de Salud Mental, 15*, 35-41.

VÁZQUEZ, C., LÓPEZ-LUENGO, B. y FLORIT, A. (2002). Epistemología de la rehabilitación. En M. A. VERDUGO. *Rehabilitación en salud mental, situaciones y perspectivas* (pp. 107-128). Salamanca: Ediciones Amarú.

WILCOCK, A. y TOWNSEND, E. (2000). "Occupational justice: occupational terminology interactive dialogue". *Journal of Occupational Science, 7* (2), 84-86.

Capítulo 3

ALLEN, C. K. (1985). *Occupational therapy for psychiatric diseases: Measurement and management of cognitive disabilities.* Boston: Little Brown.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. "Terminología uniforme para terapia ocupacional", 3.ª edición. *American Journal of Occupational Therapy, 48* (11), 1047-1054.

ASOCIACIÓN CANADIENSE DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES (1997). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective.* Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT).

IWAMA, M. (2006). *The Kawa model: culturally relevant occupational therapy.* Edinburgh: Churchill Livingstone-Elsevier Press.

KIELHOFNER, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana

MARTIJENA, N. (1995). *Ecología humana: ¿utopía o realidad*?: nueva dimensión de la terapia ocupacional. Mar de Plata, Argentina: Gráfica Centauro.

MOSEY, A. (1980). "A model for occupational therapy". *Occupational therapy in mental health, 1* (1), 11-32.

POLONIO, B., DURANTE, P. y NOYA, B. (2001). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.

REED, K. L. y SANDERSON, S. (1992). *Concepts of occupational therapy*. Baltimore (MD): Williams & Wilkins.

Capítulo 4

ÁVILA, A., CANOSA, N., GROBA, B., MARTÍNEZ, R., MATILLA, R., MÁXIMO, N., MÉNDEZ, B., RIVAS, N., TALAVERA, M. y VIANA, I. (2010). *Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso. 2.ª Edición (traducción)*, Extraído el 18 de febrero de 2014 de, http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf

COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE ARAGÓN (2004). *Código Deontológico de la profesión de terapeuta ocupacional.* http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/codigo deontologico aragon.html

MANSTEAD, A. S. y HEWSTONE, M. (1995). *The Blackwell encyclopedia of social psychology*. Oxford: Blackwell's.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Génova: OMS

SENLLÉ, A. (1999). *Cómo evaluar su calidad. Herramientas para la auditoría de la calidad en la empresa*. Barcelona: Gestión 2000.

Capítulo 5

FERNÁNDEZ-BALLESTERO, R. (1992). *Valoración de programas. Introducción a la evaluación psicológica II*. Madrid: Pirámide.

FERNÁNDEZ-BALLESTERO, R. (2001). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.

FINK, A. (1993). *Evaluation fundamentals. Insights into program effectiveness, quality, and value*. Newbury Park: Sage Publications.

Capítulo 6

BLANCO, A. y PASTOR A. (1997). "Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades". En A. RODRÍGUEZ (coord.) *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales severos* (pp. 34-55). Madrid: Pirámide.

BRADSHAW, J. (1972). "The concept of social need". *New Society, 30*,640-643.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Génova: OMS

SPENCER, J., KREFTING, L. y MATTINGLY, C. (1993). "Incorporation of ethnographic methods in occupational therapy assessment". *The American Journal of Occupational Therapy, 47* (4), 303-309.

Capítulo 7

ABAD, A., CUBERO, A., HERNÁNDEZ, M. (2014). "La mirada creativa del otro".

Revista Terapia Ocupacional Galicia, 11 (6), Extraído el 22 de abril de 2015, de http://www.revistatog.com/mono/num6/mirada.pdf

ÁVILA, A., CANOSA, N., GROBA, B., MARTÍNEZ, R., MATILLA, R., MÁXIMO, N., MÉNDEZ, B., RIVAS, N., TALAVERA, M. y VIANA, I. (2010). *Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso. 2.ª Edición (traducción)*, Extraído el 18 de febrero de 2014 de, http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf.

CORTINA, A. (2000). *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía.* Madrid: Alianza.

GONZÁLEZ, J. y RULLAS, M. (2012). "Técnicas específicas de rehabilitación psicosocial". En M. DESVIAT y A. MORENO. *Acciones de salud mental en la comunidad. Estudios /47*. Madrid: AEN.

Capítulo 8

KIELHOFNER, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.

MOYANO, S. (2011). "La supervisión como espacio para la reflexión educativa". *Revista de Educación Social, 13*, 1-10.

Capítulo 9

ROSSI, P. H., LIPSEY, M. W. y FREEMAN, H. E. (2004). *Evaluation: a systematic approach*. California: Sage Publications.

Capítulo 10

EVANS, A. (1985). "Roles and functions of occupational therapy in mental health". *American Journal of Occupational Therapy, 39* (12), 799-802.

GUTMAN, S. A., MORTERA, M. H., HINOJOSA, J. y KRAMER, P. (2007). "Revision of the occupational therapy practice framework". *The American Journal of Occupational Therapy, 61* (1), 119-126.

LAW, M. (1993). "Evaluating activities of daily living: directions for the future". *The American Journal of Occupational Therapy, 47* (3), 233-237.

LEONARDELLI, C. A. (1992). "Ethics in evaluation in occupational therapy". *The American Journal of Occupational Therapy, 46* (10), 500-503.

MAURER, P., BARRIS, R., BONDER, B., y GILLETTE, N. (1984). "Hierarchy of competencies relating to the use of standardized instruments and evaluation techniques by occupational therapists". *American Journal of Occupational Therapy, 38*, 803-804.

MOSEY, A. C. (1981). *Occupational therapy: configuration of a profession*. New York: Raven Press.

PADILLA, R. (2002). "Teaching approaches and occupational therapy psychoeducation". *Occupational Therapy in Mental Health, 17* (3), 81-95.

TROMBLY, C. (1993). "Anticipating the future: assessment of occupational function". *American Journal of Occupational Therapy, 47* (3), 253-257.

WEINSTOCK-ZLOTNICK, G. e HINOJOSA, J. (2004). "Bottom-up or top-down evaluation: is one better than the other?". *The American Journal of Occupational Therapy, 58* (5), 594-599.

Capítulo 11

DEL VALLE, R. M. y GUZMÁN, S. (2009). "Proyecto de vida en las personas con trastorno mental grave". *Terapia Ocupacional Galicia, 6* (5), 31-44, Extraído el 20 de noviembre de 2014, de http://www.revistatog.com/suple/num5/tmg.pdf

LECOMTE T., WALLACE, C. J., CARON, J., PERREAULT, M. y LECOMTE, J. (2004). "Further validation of the client assessment of strengths, interests and goals". *Schizophrenia Research, 66* (59-70).

NUNNALLY, J. C. y BERNSTEIN, I. H. (3.ª edición; 1994). *Psychometric theory.* Toronto: McGraw-Hill.

RAO, A. K. (2013). "Measuring function in chronic progressive disorders". *The American Journal of Occupational Therapy, 67* (5), 499-501.

STEIN, F. (1984). "Prevocational exploration and vocational rehabilitation of the psychiatric client". *Canadian Journal of Occupational Therapy, 51* (3), 113-120.

WHITE, V. y REED, K. (2008). "A summary of assessments in wellness". En B. HEMPHILL-PEARSON. *Assessments in occupationl therapy in mental health 2nd edition* (pp. 331-345). Thorofare (Nueva Jersey): Slack Incorporated.

Capítulo 12

KIELHOFNER, G. (2011). *Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación.* Madrid: Médica-Panamericana.

Capítulo 13

FARKAS, M., COHEN, M., MCNAMARA, S., NEMEC, P. y COHEN, B. (2000). *Assessing readiness for rehabilitation: training package*. Boston (MA): Center for Psychiatric Rehabilitation.

KIELHOFNER, G. (2004). "Hacer y llegar a ser: cambio y desarrollo ocupacional". En G. KIELHOFNER. *Terapia ocupacional. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación. 3.ª edición* (pp.165-180). Madrid: Médica Panamericana.

Índice

Portada 4
Página de derechos de autor 5
Índice 6
Prólogo 13
Introducción 16
PARTE I: TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL: ASPECTOS FUNDAMENTALES 20
1. El contexto de la terapia ocupacional en España 21
2. Los ámbitos de la intervención: rehabilitación, integración e inclusión 34
3. La misión y la visión de la terapia ocupacional en salud mental 54
4. Los elementos fundamentales de la profesión en la práctica asistencial 71
PARTE II: LA INTERVENCIÓN CON POBLACIONES Y CONTEXTOS: EL PROCESO DE ORGANIZACIÓN 90
5. Elaboración de programas en terapia ocupacional 91
6. El análisis de la realidad 100
7. El diseño de programas en terapia ocupacional 119
8. La implementación de los programas 141
9. La evaluación de los programas 161
PARTE III: LA INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS PROCESOS INDIVIDUALES 175
10. El proceso de intervención individual con la persona y el entorno 176
11. La evaluación de la persona y del entorno 200
12. Síntesis del proceso de evaluación: ejemplos prácticos 222
13. La planificación e intervención individual 246
Bibliografía 273